FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

M. HERBELIN Maurice

né à Nantes (L.-Inf.), le 9 Septembre 1886.

(Croix de Guerre)

Président de thèse : M. le professeur P. DUVAL

Contribution à l'Etude DES UTÉRUS DIDELPHES

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

LE DOYEN. . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LERÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMI. .	Pathologie médicale.
LAVE .	Pathologie chirurgicale.
ERTIN.	Pathologie médicale.
SET. .	Pathologie chirurgicale.
DOUIN.	Pathologie médicale.
ET . .	Physiologie.
NCHETIÈRE.	Chimie biologique.
NCA .	Histologie.
LÉ . .	Pathologie médicale.
QUET .	Pharmacologie et matière médicale.
ENAT .	Pathologie chirurgicale.
MPY .	Histologie.
RAY. .	Pathologie médicale.
RC . .	Pathologie médicale.
RÉ . .	Hygiène.
JONG .	Anatomie pathologique.
OIR. .	Médecine légale.
LLE. .	Obstétrique.
SINGER .	Pathologie médicale.
K. . .	Pathologie médicale.
NIER .	Pathologie expérimentle.
VIER .	Pathologie médicale.
TZ-BOYER.	Urologie.
ELACQUE	Anatomie.
EUX. .	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.	Obstétrique.
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN. . .	Pathologie médicale.
MATHIEU .	Pathologie chirurgicale.
METZGER .	Obstétrique.
MOCQUOT .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. .	Pathologie chirurgicale.
MULON. .	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE .	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE.	Anatomie.
STROHL .	Physique médicale.
TANON . .	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VERNE . .	Histologie.
VILLARET .	Pathologie médicale.
WELTER .	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
US . .	Phisiologie.
GEROT	Pathologie médicale.
NIOT .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER .	Histologie.
ROUSSY. .	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

a titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
OMBRÉDANNE	Clinique Chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
TERRIEN	Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

ET

A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection et mon infinie reconnaissance.

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRECHOT

Chirurgien des hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR WIART

Chirurgien des hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE

DE NANTES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

DE PARIS

A MON PRESIDENT DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

P. DUVAL-

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Introduction

Dans son service, à Lariboisière, Monsieur le Docteur Wiart enleva à une jeune femme un utérus didelphe.

Cette malformation ne se rencontre pas souvent, et la pièce, dont on pourra trouver plus loin la description avec l'observation de la malade, appartient à un type rare. Cela nous a donné l'idée, sur les conseils de notre maître, de rechercher les cas qui pourraient se rapprocher du nôtre et les observations qui en ont été publiées. Nous nous sommes aperçus que ces observations n'étaient pas très nombreuses et que la plupart des travaux qui ont été faits à leur sujet, ne les envisageaient que sous un angle particulier pour satisfaire aux préoccupations spéciales de leurs auteurs.

Nous avons donc ici essayé d'établir une étude d'ensemble des utérus didelphes.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante:

1° Historique; 2° Embryologie; 3° L'anatomopathologie où nous passons en revue les différentes formes que l'on rencontre; 4° La pathogénie; 5° La pathologie et les complications; 6° Enfin nous consacrons un chapitre à la question très importante de l'obstétrique.

Il nous est agréable, ici, de remercier Monsieur le Docteur Wiart qui a bien voulu nous diriger dans ce travail et nous en donner les éléments. Et Monsieur le Docteur Bréchot qui, en cette occasion, comme toujours, fut pour nous un maître éclairé, plein de bonté et de patience.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000vari_i2a7

Historique

Les malformations congénitales ont toujours excité la curiosité; aujourd'hui encore elles sont pour le public un sujet d'étonnement et une source de préjugés. Autrefois elles étaient un objet de terreur car on les attribuait toujours à l'intervention du Diable ou à quelque maléfice de sorcier, aussi les relations anciennes bien faites et dignes de foi sont-elles rares. De plus l'anatomie encore à ses débuts et les dissections peu nombreuses ne permettaient pas une étude approfondies des organes internes. Malgré la gaillardise de nos pères, les organes génitaux étaient domaine réservé et il pouvait être dangereux de les étudier de trop près: Témoin l'aventure arrivée à Louis (1). Ce n'est que depuis peu qu'elles ont été méthodiquement et scientifiquement observées. Aussi, pour le sujet qui nous occupe, faut-il arriver jusqu'au dix-huitième siècle pour trouver des observations nettes et bien faites, et des travaux sérieux.

Parmi les anciennes relations de la période qu'on pourrait appeler empirique, nous citerons les plus caractéristiques:

Dès l'antiquité *Hippocrate* mentionne le premier les malformations de l'utérus et du vagin. *Aristote* semble les avoir vues et parle de leur nature congénitale ou accidentelle. Mais ces faits sont rares et isolés.

A Rome, *Julius Obsequens* dans le « de prodigiis », cite sous le consulat de Caïus Claudius et Marcus Perpenna une

(1) Dans la thèse de Louis De partium externarum generationi etc.... il était rapporté le cas d'un vagin s'ouvrant dans le rectum ; le coït avait eu lieu par cette voie et la grossesse s'en était suivie. Le Parlement défendit de soutenir cette thèse pour Sodomie, la Sorbonne interdit Louis. Mais le pape lui donna l'absolution et la thèse put paraître, 1854.

femme à double vulve, et sous le consulat de Lœlius et Domitius une fille morte en naissant qui avait deux vulves et deux têtes.

François-Antoine Catti, anatomiste napolitain, aurait en 1557 rapporté la dissection d'un utérus partagé en deux parties (1).

Gaspard Bauhin dit qu'on disséqua, en 1599, au Collège des Lombards à Paris, une femme qui avait un utérus divisé par une cloison; et que son frère *Jean* trouva chez une jeune fille un utérus partagé comme chez la chienne (2).

Sylvus, d'après Riolan, observa un cas analogue.

Riolan raconte qu'il fit au village de Stains, près de Saint-Denis, l'autopsie d'une jeune fille réputée hermaphrodite, et chez qui il trouva une matrice partagée par une cloison médiane de l'orifice au fond, et extérieurement saine (3).

Thomas Bartholin, 1651, cite le cas d'une femme qui avait deux orifices vaginaux, deux vagins longs et étroits. Elle accoucha par le plus large (4).

Vassal, 1669, rapporte un cas d'utérus double.

Pierre Borelli, 1670, cite l'observation d'une fille qui avait deux vulves l'une au-dessus de l'autre, deux vagins et deux utérus séparés (5).

Purcell, de Dublin, trouve sur une femme morte au neu-

(1) Suivant Morgagni de sedibus epist. tome III.
(2) Theatrum anatomicum ad morbos accomodatum et aberroribus ab authore repurgatum, 1621.
(3) Antropographia ex propris et novis observationibus collecta, 1625.
(4) Anat. renov. lib. 1, cap. 30, 1651.
(5) Cent. 2 obs. 3. 1670.

vième mois de sa grossesse deux utérus, formant un angle aigü, distincts, sauf en bas où ils étaient accolés sur un quart de pouce, deux vagins dont le gauche se terminait en cul-de-sac; chaque utérus avait une trompe, le droit contenait un fœtus et le gauche était vide (1).

Dionis, 1693, rapporte le cas d'un utérus bicorne avec une corne rudimentaire qui fut rompue par la grossesse.

Avec le XVIII[e] siècle commence la période scientifique et les observations deviennent plus nombreuses.

Saviard, en 1702, fit l'autopsie d'une petite fille qui mourut quelques jours après sa naissance. Elle avait deux utérus indépendants avec pour chacun un vagin, une trompe et un ovaire. Le vagin droit aboutissait à un cloaque où se terminait aussi l'intestin; le gauche finissait à la partie supérieure du cloaque après avoir reçu un canal formé par la réunion des deux uretères (2).

Littre, en 1705, donne un mémoire à l'Académie des Sciences.

Palfyn, en 1708, fait la description anatomique de deux enfants.

Vallisnieri relate un cas de deux utérus totalement séparés dont l'un était en situation normale et l'autre s'ouvrait dans le rectum.

Eisenmann, en 1752, décrit un cas typique (3).

Canestrini en 1788 publie un travail (4).

(1) Trans. philo. vol. LXIV.
(2) Nouveau recueil d'observations chirurgicales, Paris 1702.
(3) Quat. tab. anat. uteri duplicis. Strasbourg 1752.
(4) Historia de utero duplici, Augsbourg, 1788.

Louis, 1790, dans un mémoire lu à l'Académie de Chirurgie fait connaître les cas principaux publiés avant lui.

Au XIX[e] siècle, les observations se multiplient et deviennent plus précises.

Antoine Dubois, 1814, décrit un sujet à deux utérus presqu'horizontaux avec deux vagins très étroits s'ouvrant, ainsi que le rectum, dans un cloaque imperforé. Il dépose la pièce au Musée de la Maternité.

Fraenkel, 1825, décrit un cas avec deux vagins fortement écartés qui aboutissaient à deux utérus très petits ayant chacun une trompe et un ovaire. Le rectum réduit à une ampoule conique se plaçait entre les deux utérus (1).

Cassan, 1826, présente une thèse importante avec de nombreuses observations.

Sank, 1828, décrit cinq cas d'utérus doubles conservés au Musée de Strasbourg (2).

Dance, 1829, donne 3 observations: deux avec utérus et vagins doubles, une avec utérus double et vagin simple (3).

Jusqu'à présent les auteurs présentent des observations, mais sans vue d'ensemble, sans les comparer entre elles, sans chercher d'explications biologiques. Désormais c'est à cela qu'ils vont s'attacher.

Jean Muller, en 1830, fait la première étude d'ensemble et donne l'explication embryologique (4).

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, 1832, décrit les différentes variétés.

---

(1) Dissert de organor. gen. deformat. Berlin 1825.
(2) Répertoire d'anatomie et de physiologie.
(3) Archives de médecine.
(4) Bildungsgeschichte der genitalien, Dusseldorf 1830.

Depaul, 1853, dépose au Musée Dupuytren une pièce fort curieuse et importante (1).

Puech, 1857, décrit un cas d'utérus et vagins doubles avec extrophie de la vessie, vagin gauche oblitéré, anus imperforé (2).

Rokitansky, 1859, établit une classification (3).

Cruveilhier donne aussi une classification aujourd'hui abandonnée.

Küssmaul, 1859, publie un important travail où il en étudie l'étiologie et l'embryologie; point de départ de beaucoup d'autres.

Koelliker, 1861, publie un ouvrage de premier ordre (4).

Le Fort, 1863, dans sa thèse d'agrégation donne un chapître sur la question.

Schræder, 1881, dans son traité sur les maladies de l'appareil génital de la femme consacre un chapître aux malformations.

Secheyron, 1885, dans son mémoire décrit la bride qui souvent sépare les utérus doubles et à laquelle il attribue une importance dans leur développement.

Nagel, 1897, publie dans la gynécologie de Veit un article important (5).

---

(1) Soc. anatomique 1853, t. XXVIII, page 354. La pièce au musée porte le n° 553.
(2) Compte rendu de l'Académie des Sciences 857 t. XII. De l'atrésie des voies génitales, Paris 1864.
(3) Lehrbuch der pathol. anat. 1859, t. III.
(4) Entwickelungsgeschichte des Menchen.
(5) Nagel in Veit Handb. der Gyn. 1897, t. I, 1re édition. page 521.

A partir de ce moment les étrangers, et surtout les Américains, apportent un grand nombre d'observations. Beaucoup de travaux et de thèses sont publiés.

On remarque surtout ceux de:

Ombrédanne et Martin, 1903, dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.

Piquand, 1910, dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, tome 15, page 401.

Dambrin et Bernardbeig, 1924, dans Gynécologie et Obstetrique, revue mensuelle, n° 3.

On pourra trouver à la bibliographie l'indication de beaucoup d'ouvrages que nous avons lus et que nous n'avons pas cru devoir signaler ici. Ils sont souvent fort importants, mais n'offrent pas un intérêt historique particulier.

Embryologie

Pour bien comprendre les malformations des organes génitaux et particulièrement les utérus didelphes, il est nécessaire d'avoir présent à l'esprit leur embryologie normale. C'est d'un arrêt de ce processus que résultent les malformations.

Les organes génitaux proviennent des canaux de Wolff, des canaux de Müller et des glandes génitales.

Tout le long de la gouttière cœlomique et au dépend de l'épithélium du coelome se forme un cordon : le cordon de Wolff qui se creusant deviendra le canal de Wolff. — En arrière de lui, et de même origine, se forme le cordon de Müller qui se creusant au deuxième mois deviendra le canal de Müller. Dès le 35e jour on voit nettement chez l'embryon ces deux canaux de Wolff, un de chaque côté. Dans la gouttière coelomique, au fond, et dérivant du mésoderme apparait le corps de Wolff qui refoule devant lui les canaux de Wolff et de Müller, et qui reste relié à son lieu d'origine par un méso, c'est le néphros. Ce néphros apparait d'abord à l'extrémité céphalique, le pronéphros au-dessus du diaphragme, il disparaîtra rapidement; puis vers le milieu le mésonéphros qui prendra une grande part à la formation de la glande génitale; en bas le dernier venu : le métanéphros formera le rein.

Le canal de Müller s'ouvre dans la cavité coelomique à la partie supérieure du mésonéphros par un orifice infundibuliforme qui deviendra le pavillon de la trompe. Les canaux de Wolff et de Müller réunis forment le conduit urogénital qui se dirige obliquement en bas et en dedans à la

rencontre de celui du côté opposé. Le canal de Muller suit celui de Wolff d'abord en dehors, puis le croise en avant à sa partie moyenne et le longe alors en dedans. Au-dessous de leurs croisements, les canaux venus de chaque côté se groupent et s'entourent d'une gaîne conjonctive épaisse pour former le cordon génital de Thiersh, où les canaux de Müller occupent le milieu et ceux de Wolff les côtés externes. Ils aboutissent au cloaque.

Ce cloaque, cavité où débouchent l'intestin et l'allantoïde, se trouve divisé ultérieurement en deux cavités, l'une antérieure: le sinus uro-génital, l'autre postérieure: le rectum. Les canaux de Wolff et de Müller débouchent alors dans le sinus uro-génital.

A la partie antérieure et inférieure des canaux de Wolff pousse un bourgeon qui formera l'uretère.

Vers la 6e semaine apparait sur la face antéro interne du mésonéphos l'éminence génitale qui tend à s'en séparer, mais lui reste unie par un méso; elle devient la glande génitale et entre en rapport avec le canal de Wolff.

Le mésonephros est relié au diaphragme par le ligament diaphragmatique de Kölliker et à la région inguinale par le ligament inguinal de Kölliker; ces deux ligaments sont compris dans un repli péritonéal.

Le pronéphros disparait; le métanéphros persiste et forme le rein.

Jusqu'au 3e mois, le sexe demeure indifférent; ce n'est qu'après ce stade que l'orientation sexuelle se manifeste (sous une influence d'ailleurs inconnue) et selon que l'embryon évoluera vers la forme femelle ou mâle, ce seront les canaux de Wolff ou ceux de Müller qui disparaîtront pour laisser prendre tout leur développement à ceux qui demeureront. En même temps, la glande génitale devient ovaire ou testicule.

En conséquence, chez la femme les canaux de Wolff dis-

paraissent et les canaux de Müller vont constituer tout l'appareil génital: trompes, utérus et vagin (1), sauf l'ovaire.

Le ligament diaphragmatique du corps de Wolff s'atrophie. Quand le corps de Wolff s'est atrophié le ligament inguinal prend insertion sur l'ovaire et sur la face latérale de l'utérus; la partie allant de l'utérus à l'ovaire sera le ligament utéro-ovarien, l'autre partie sera le ligament rond.

Les canaux de Müller s'approchent en bas et se réunissent vers la septième semaine, mais restent individuels et séparés par leurs parois internes adossées, sur toute leur longueur jusqu'au 4e mois. Jusqu'au 3e mois ils sont accolés en bas et pendant le 4e cet accolement gagne vers le haut. La portion des canaux de Müller qui n'aura pas subi cet accolement formera les cornes utérines et les trompes. Les cornes très réduites chez les simiens n'existent plus chez la femme. Chez certains animaux au contraire (lièvres, lapins), elles demeurent énormes au point de constituer tout l'utérus.

La cloison qui sépare les deux canaux accolés se résorbe pour ne plus former qu'un canal impair et médian: le canal génital; cette fusion débuterait à la huitième semaine (Furst). Les auteurs ne sont pas d'accord pour déterminer le point où commence cette fusion, peut-être parce que leurs observations portent sur des animaux différents.

Pour Tourneux elle débute à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen pour gagner de proche en proche vers les deux extrémités. Pour Dohrn, elle commence au tiers moyen se dirigeant vers le haut et vers le bas. Pour Goullioud, au point qui sera la limite du vagin et de l'utérus. Thiersch, Testut la font débuter par le bas. Kolmann et Wiedersheim prétendent au contraire qu'elle commence par en haut; mais cette dernière opinion paraît la moins probable car beaucoup de faits deviendraient incompréhensibles.

A la fin du 4e mois cette fusion est effectuée et l'épithe-

(1) Retterer est d'un avis un peu différent.

lium subit des modifications qui l'amènent au type utérin et vaginal.

Pour Dorhn (cité par Pozzi) le développement du col commence de la 15e à la 16e semaine et débute par la lèvre antérieure: une saillie ronde bourgeonnante en arrière refoule la paroi postérieure du vagin qui donne elle-même naissance peu après à la lèvre postérieure au-dessus de la dépression.

Pour Tourneux et Legay au contraire le museau de tanche n'est pas formé par un épaississement de la paroi interne du canal génital, mais c'est l'épithélium pavimenteux stratifié de ce canal qui en bourgeonnant en haut et en dehors vient sculpter dans l'épaisseur de la paroi la portion vaginale du col.

Au 6e mois, l'utérus se délimite du vagin en tant qu'organe musculeux. Il apparait un anneau musculaire qui formera l'orifice externe du col, un autre anneau apparait et le col se trouve ainsi limité par deux anneaux de renforcement.

L'hymen parait au 5e mois et prendrait naissance par une sorte d'invagination des canaux de Müller dans le sinus urogénital (Gilis). — Pozzi qui l'a trouvé chez un sujet dépourvu de vagin lui assigne une origine ertodermique.

A partir du 6e mois, l'utérus continue à se développer.

En même temps les canaux de Wolff s'atrophiaient. Ils laissent pourtant quelques débris qui constitueront les organes de Rosenmüller dans l'épaisseur du ligament large, le parovarium, l'hydatide pediculée de Morgagni, et les canaux de Gärtner qu'on retrouve chez les solipèdes, bien développés chez la vache et la truie, et qu'on peut aussi rencontrer chez la femme.

En résumé, et c'est là surtout ce qu'il faut retenir, les canaux de Müller sont d'abord complètement indépendants, puis ils s'accolent restant séparés par une cloison formée de l'adossement de leurs parois; et cet accolement gagne de

proche en proche jusqu'en haut. Enfin cette cloison disparait et les deux canaux se fusionnent pour devenir le canal utéro-vaginal, unique et médian. Un utérus peut donc être considéré comme étant fait de la réunion de deux demi-utérus ayant chacun son ovaire, sa trompe et son ligament rond.

Les organes génitaux et urinaires sont étroitement liés, et leur développement est simultané. Cela explique que dans les grandes malformations sexuelles on trouve presque toujours en même temps des malformations urinaires.

Anathomie Pathologique

Cette étude embryologique trouve son application immédiate, dans celle de l'anatomie comparée et de l'anatomie pathologique, particulièrement en ce qui concerne les utérus didelphes; l'une et l'autre en effet nous montrent les dispositions anatomiques résultant des variations du développement embryogénique.

Dans la série animale l'accolement et la fusion des canaux de Müller ne sont pas toujours entièrement terminés. On peut observer tous les degrés, depuis le premier, le plus primitif où il n'y a pas même d'accolement du tout et où on trouve par conséquent deux utérus distincts et deux vagins pendant toute la durée de la vie, jusqu'au type le plus parfait où accolement et fusion sont absolus. Entre ces deux extrêmes toutes les formes peuvent se présenter, et il est facile en se reportant à l'embryologie de s'imaginer tous les différents aspects que peut prendre l'utérus selon que accolement et fusion ont été poussés à un degré plus ou moins avancé, et dans lesquels on retrouve par la pensée les deux utérus élémentaires primitifs. En passant en revue les différentes formes d'utérus doubles, anormales chez la femme, nous indiquerons les espèces animales chez lesquelles, au contraire, elles existent normalement.

Chez la femme l'utérus ne porte plus trace de cette duplicité primitive. Mais il est des cas où pour une cause quelconque, le processus embryologique a été arrêté pendant la vie intra-utérine: les deux utérus restent alors dans la forme et la position qu'ils avaient à ce moment-là; on trouve par

conséquent dans les organes génitaux de certaines femmes des formes qui rappellent de fort près celles des animaux. De plus, pièce en mains, en examinant la malformation, il est loisible d'après ce qui a été dit, de fixer la date à laquelle a agi la cause d'arrêt de développement, origine de cette malformation.

« C'est par un arrêt et non par un excès de développement qu'il faut expliquer la duplicité des organes uniques et médians. — Geoffroy Saint-Hilaire ».

Le terme d' « utérus doubles » qu'on retrouve souvent dans les travaux de beaucoup d'auteurs est impropre, car il n'y a pas deux utérus quelqu'indépendant qu'ils puissent paraître l'un de l'autre; mais bien deux demi utérus. Il en est de même de celui d' « utérus didelphes » par lequel on désigne ordinairement les différents degrés de la malformation qui nous occupe. Faute d'une expression meilleure nous garderons celle-là, mais en lui attribuant seulement le sens que nous avons exposé.

On se rend compte aussi qu'il est difficile de mettre une étiquette sur ces utérus malformés. Tous les degrés peuvent exister et quelque soit le nombre de classes et sous-classes que comportera une nomenclature, il y aura toujours des pièces qui seront intermédiaires entre deux. Par l'embryologie nous voyons que utérus et vagin ne peuvent être séparés. Une classification voulant tenir compte de tous les cas serait impossible à établir, alors que la compréhension générale est au contraire très simple.

Il est pourtant nécessaire, pour les étudier de faire des groupements et nous allons passer en revue les formes les plus caractéristiques.

UTERUS DIDELPHES VRAIS

On désigne sous le nom global d'utérus didelphes (dis = deux , delphus = utérus) des degrés différents d'une même malformation.

A). — On a 2 vagins indépendants, 2 cols indépendants, 2 corps indépendants.

Ce sont des didelphes qu'on pourrait appeler complets (Bréchot). — Cette variété est la seule que Piquand reconnaisse pour didelphes vrais. C'est le bipartitus diductus de Le Fort; le type I d'Ombrédanne et Martin.

Cette anomalie se produit dès le début de la vie intra-utérine, alors que les canaux de Müller sont déjà formés, mais de fort bonne heure (entre 4e et 5e semaine) avant qu'ils ne se réunissent; avant la période canal de Thiersch : l'embryologie nous montre ce fait.

Il y a deux utérus avec chacun une trompe et un ovaire, écartés et sans connexion. Entre les deux se placent des anses intestinales et particulièrement la partie inférieure du rectum qui, très en avant, adhère à la vessie : c'est sans doute lui qui s'est opposé à la réunion des deux conduits génitaux. Parfois la vessie et le rectum sont réunis par une lame péritonéale qui divise le bassin en deux loges. Les deux utérus, parfois égaux sont souvent inégaux; l'un d'eux peut être même si atrophié qu'il est nécessaire de recourir au microscope pour en fixer sa nature.

Les vagins peuvent être bien développés; souvent ils le sont peu et aboutissent à un cloaque. L'un d'eux peut être atrophié, même oblitéré.

En même temps il y a toujours d'autres malformations très importantes: communication des vagins au rectum, à la vessie ou aux deux à la fois. La vessie formée par le pédicule de l'allantoïde communique encore avec l'intestin; en

plus il y a extrophie de cet organe. Ces malformations sont telles que la mort est inévitable dès les premiers jours.

Cette forme rappelle celle des marsupiaux animaux didelphes (1), celle de la phalangista vulpina (d'après Vogt); pour s'adapter à cette conformation des femelles, les mâles ont un pénis spécial à gland fourchu.

Chez les monotrèmes, les deux utérus s'ouvrent dans le canal uro-génital de chaque côté de l'urètre, il n'y a pas de vagin.

Ces cas sont extrêmement rares et représentent le stade le plus rudimentaire. Beaucoup d'observations présentées comme faisant partie de cette catégorie doivent en être exclues car on ne trouve pas une indépendance totale. Piquand ne compte qu'une vingtaine d'observations certaines de cette forme.

La première, celle de *Pierre Borelli* (1670) décrit un sujet à deux vulves distinctes placées l'une au-dessus de l'autre, deux vagins, deux utérus distincts, mais cette observation est incomplète et sans contrôle anatomique.

Celle de *Saviard* est la première avec dissection (2).

Celle de *Fraenkel* rapportée par Küssmaul.

La pièce de *Depaul* déposée au musée Dupuytien, sous le n° 553, est fort belle: Petite fille née vivante (sa sœur jumelle ne présentait rien de spécial) utérus et vagins doubles dans toute leur étendue; chaque vagin a 3 cm., 2 trompes et 2 ovaires. Extrophie de la vessie, ouverture de l'intestin grêle et du gros intestin à la paroi abdominale. Les deux pubis sont séparés par un écartement de 3 cm. 5.

Un cas de *Mayer* où le rectum était placé entre les deux utérus (3).

(1) Ce terme didelphe, donné par Linné, désignait les animaux à bourse, sorte de poche d'incubation où séjournent les petits encore informes à leur naissance, et qui fait comme une seconde matrice. Il n'avait pas trait aux deux utérus dont nous nous occupons ici.

(2) Nouveau recueil d'observations chirurgicales. — Paris 1702.

(3) Journal de Graefe et Walther. — 1829, t XIII.

Un cas de Puech où l'enfant vécut 30 heures avec des anomalies nombreuses (1).

Un cas de *Vasseige* avec extrophie de la vessie, spina bifida et absence d'anus (2).

La pièce d'*Ollivier* (rapporté par Dambrin et Bernard-beig).

La mort est toujours rapide et due aux autres malformations. Pourtant deux observations sont extrêmement curieuses et doivent être rappelées.

Celle rapportée par *Le Fort* d'après *Bonnet* où même il y aurait eu grossesse avec accouchement à terme d'une petite fille bien portante; mais l'autopsie ne fut pas faite et le cas paraît douteux (3).

Celle de *Gemmel et Paterson* (4) beaucoup plus nette et caractéristique. On y remarque: vessies, vagins, utérus, vulves doubles; bassin exagérément large; pas de symphise pubienne, les deux pubis sont séparés de 14 cm, 6; pas de mont de Vénus. L'espace périnéal entre les deux cuisses est de 10 cm. 2; 2 vulves nettement séparées à droite et à gauche du milieu; chaque vulve est normale avec tous ses accessoires, un urètre et débris d'hymen. Deux vagins, deux utérus mobiles, indépendants, un ovaire pour chaque utérus. Deux urètres communiquant à deux vessies distinctes. Entre les deux vulves, pas de poils ni de glandes sudoripares; et brèche des plans de la paroi permettant de palper les viscères. Cette femme accoucha facilement avec délivrance rapide en 1910 à droite, et ensuite à gauche à huit mois en 1912 sans rien de particulier. — Rectum et anus étaient normaux: l'anus placé en arrière de la vulve gauche.

(1 Compte rendu de l' cadémie des sciences, 1857, vol. XLV, page 687.
(2) Bulletin de l'Académie Royal de Belgique, 1852, 1853, vol. XII, page 701.
(3) Philosoph. trans, 1725.
(4 The journal of obst. and Gyn. of the Bristish Empire. Janvier 1913. Vol. XXIII, nº 1, page 25.
On en trouve l'analyse dans : Arch. mens. obst. et gyn. 1914, tome V. page 134.

B. — A côté de ces didelphes complets se groupent qeulques cas où les deux cols et les deux corps sont totalement indépendants, mais où les deux vagins qui sont entiers sont accolés.

On pourrait les appeler didelphes complets à accolement vaginal (Bréchot). Piquand en fait déjà des pseudo-didelphes. Dambrin les range dans une classe spéciale. C'est le bicornis duplex de Le Fort. Les deux utérus sont indépendants mais beaucoup plus rapprochés l'un de l'autre, ce qui fait que les autres malformations sont bien moins importantes ou absentes.

UTERUS PSEUDO-DIDELPHES

C'est le vocable employé par Piquand.

Ce qui caractérise cette forme c'est l'accolement des cols et la séparation des corps avec *a*) 2 vagins accolés, ou *b*) un seul vagin.

a) Didelphes à accolement vagino-cervical et *b*) Didelphes à accolement cervical et vagin unique (Bréchot).

Les cols juxt'aposés sont soudés par leur paroi musculaire sur la ligne médiane, il y a deux museaux de tanche et deux cavités parfaitement distinctes. C'est le bipartitus bicornis de Le Fort, le type II d'Ombrédanne; l'utérus bicornis-bicollis de Halban.

Chaque utérus est un demi-utérus complet avec un ligament large et une annexe.

La cause qui a produit cette anomalie a dû agir vers la huitième semaine de la vie intra-utérine.

Le vagin peut être simple ou double selon que la fusion s'est étendue ou non vers le bas. Souvent il est absolument normal, mais parfois des raphés plus ou moins saillants à la partie antérieure et postérieure sont le reliquat du cloisonnement primitif: on peut le voir nettement sur plusieurs pièces du Musée Dupuytren. Prauchet le signale dans des observations (1).

Il arrive que la résorption de cette cloison est incomplète et on la trouve descendant plus ou moins bas dans le vagin se terminant par un bord concave en bas, on ne voit alors rien à la vulve (Bouffe de Saint-Blaise). — Le plus souvent la résorption n'est pas faite du tout et la cloison s'étend depuis l'espace qui sépare les deux cols jusqu'à la vulve et les deux vagins se trouvent placés l'un à côté de l'autre en canons de fusil. Elle se termine en bas par un rebord aminci ou épais. Parfois, mais cela est beaucoup plus rare, c'est en haut que la cloison fait défaut, ou bien elle s'amincit et manque à la partie moyenne. Elle est ordinairement sagitalle. Lauth (2) l'a même trouvée frontale, et cela correspond alors à une disposition analogue des cols et à deux corps antérieurs et postérieurs (Fischer) (3). Von Guérard (4) en cite un cas.

Très rarement la vulve peut être elle-même séparée en deux orifices indépendants ayant chacun un hymen. (Observation de Rodrigues rapporté par Testut). (5)

L'urètre peut être contenu dans cette cloison. Le fait est fort rare, mais le chirurgien ne doit point l'oublier.

Piquand et Prenant citent une observation où deux lames

---

(1) Gazette des Hôpitaux : 1902, n° 7. — Gazette des Hôpitaux, 10 décembre 1903.
(2) Lauth, répertoire d'anat. et phys. path. t. V. 1828, 1re partie.
(3) Thèse d'Erlangen, 1890.
(4) Monat. f. Geb. u. gyn. 1898, v. VII.
(5) Traité d'anatomie, t. IV, p. 783.

muqueuses comprenaient entre elles des fibres conjonctives et musculaires semblant continuer celles du vagin. Il y avait aussi deux artérioles venant de la paroi postérieure.

Les vagins sont chacun plus étroits qu'un vagin normal et par conséquent difficiles d'accès pour le coït et le spéculum; rarement égaux, le plus grand seul est fonctionnel, l'autre n'étant souvent même pas connu de la femme. Le médecin, l'accoucheur ne le trouvent pas du premier coup et il en résulte des surprises. Le petit vagin souvent imperforé devient le siège d'hématocolpos, complication grave (Gross).

Les cols plus ou moins indépendants, peuvent être assez distants l'un de l'autre mais reliés entre eux par un pont plus ou moins large et c'est surtout alors qu'on observe la duplicité du vagin. Parfois au contraire ils sont fort rapprochés et en rapport étroit par leur face interne, l'ensemble paraît former un col unique où on ne trouve même plus de sillon extérieur, mais à l'intérieur il y a bien deux cavités distinctes. Le pont qui les relie est tantôt un tractus fibro-graisseux, tantôt un ligament solide qui, d'après Hirsch est fait de tissus musculaire et conjonctif disposé concentriquement (1). Comme les vagins, leurs dimensions respectives sont très variables. Bien développés ou petits; égaux ou inégaux, au plus petit correspondant le plus petit vagin (Schramm) (2). Le ligament intercervical les attire et peut les faire regarder en bas et en dedans. Parfois l'imperforation de l'un de ces cols entraîne une hématométrie. Le pont qui relie les cols peut être d'une faible hauteur ou assez important et fait ainsi passer insensiblement au type suivant:

Les corps sont souvent égaux et assez volumineux. Mais il peut arriver que l'un d'eux soit petit et même très atrophié. Leur direction est normalement divergente: ils forment un angle plus ou moins aigu à sommet inférieur; d'autre part, ils peuvent prendre l'un par rapport à l'autre toutes les positions possibles, par exemple l'un peut être vertical et l'autre

(1) Hirsch. Inaugural dissert. Munich, 1901.
(2) Schramm, Soc. de gyn. de Dresde, 1890.

oblique ou horizontal. (Pavret de la Rochefordière), ils peuvent être en anté et rétroversion (Benicke) (1). Chaque corps naturellement ne porte qu'une trompe et un seul ligament rond, souvent fort et court; et un seul ovaire bien développé ne suivant pas l'athrophie du corps lorsqu'elle existe, puisque ils n'ont pas une origine commune. Souvent l'annexe est appendue au bout du corps et non latéralement.

Toutes les observations notent une seule artère par corps.

Les deux utérus étant des demi-utérus, on doit s'attendre à trouver des cavités de hauteur normale, et réduites de moitié en largeur. Souvent même une des cavités est extrêmement petite, parfois n'existe plus et le corps est complètement plein. La paroi est normale, souvent amincie.

La disposition du péritoine est importante pour le chirurgien. Quelques observations signalent un ligament pour chaque corps; d'autres un ligament unique englobant les deux corps (2). Souvent le péritoine suit un corps utérin, se réfléchit sur le ligament intercervicale, remonte sur l'autre corps, formant un cul de sac, recouvre trompes et ovaires et se continue avec celui de la fosse iliaque, en avant avec le péritoine pariétal.

Très souvent entre les deux utérus on trouve une cloison antero-postérieure reliant la vessie au rectum, et à laquelle certains auteurs font jouer un rôle important dans la malformation. Ombrédanne et Martin l'on rencontrée triangulaire à base rectale et sommet vésical. Elle fut décrite par Féré (3). Hirsch l'a trouvée énorme et résistante, différente d'un simple repli péritonéal lequel s'efface par traction. Dans un cas d'Ombrédanne il y avait deux artérioles qu'il fallut ligaturer. Pour Schwinck ce serait un vestige du canal allantoïdien.

Cette disposition utérine peut aussi s'accompagner d'autres malformations plus ou moins importantes.

---

(1) Zeits f. geb. und gyn. 1877, vol. I.
(2) Littré, Académie des Sciences, partie historique, 1705.
(3) Féré, soc. anat. Paris, 1876.

Chez les animaux, cette forme d'utérus coexistant avec deux vagins accolés ne se retrouve pour aucune espèce (Dambrin). Mais au contraire la forme: 1 seul vagin, 2 cols accolés, 2 corps indépendants est assez fréquente: chez l'écureuil, la marmotte, le cabiaï (d'après Debierre) et les édentés (d'après Max Weber) (1).

Les observations sont assez nombreuses; en voici quelques-unes:

Celle d'*Eisenmann* (2) qui décrit un cas typique, reprise par *Lauth* (3). La pièce est au musée de Strasbourg.

Celle de *Morand* (4) est intéressante parce qu'elle signale un ligament large pour chaque corps.

Vallisnieri (5) rapporte celle d'une femme empoisonnée par des cantharides; un des cols était normal, l'autre s'ouvrait dans le rectum.

Le cas de *Boehmer* (6): femme morte après 36 ans de mariage; le vagin était double et le coit si douloureux qu'elle s'y refusa après le premier essai.

Cassan dans sa thèse cite un fort beau cas; on n'y note que le vagin gauche était plus large, la cloison fort épaisse et formée par l'adossement des deux muqueuses que l'on pouvait faire glisser l'une sur l'autre, une seule vulve, une cloison vésico-rectale.

Pièce 663 au Musée Dupuytren de *Morestin* (7), utérus double et vagin cloisonné, cols accolés, corps séparés.

Pièce 551 (Dupuytren) femme adulte, utérus et vagins doubles, larges, cloison épaisse allant jusqu'à la vulve, ter-

(1) Die Saügetière, Iéna 1904.
(2) Eisenman, quat. tab. anat. uteri duplicis, Strabourg 1752.
(3) Lauth, répertoire d'anat. et de phys t. V.
(4 Morand, Académie des sciences, partie historique, 1743.
(5) Cité par Cassan.
(6) Boehmer, observ. rar. anat. 1752.
(7) Société anatomique, 1898.

minée en bas en forme de lentille bi-concave, chaque corne infléchie en dehors (Cassan 1824).

Pièce 552 (Dupuytren) fille de 16 ans. Même disposition que la précédente, mais à la vulve on ne voit pas la cloison qui est plus mince et s'arrête à quelque distance.

La pièce n° 1217 (Dupuytren) de MM. Mornard et Panis: la pièce enlevée pour affection annexielle montre un vagin cloisonné de haut en bas, 2 cols accolés, 2 corps utérins avec 2 cavités rigoureusement semblables séparées par une cloison musculaire dont l'épaisseur n'excède pas deux millimètres, la hauteur en étant faible.

La pièce 113 du Musée Baudelocque (2): avortement de deux mois et demi. C'est en curettant que l'on s'aperçut de la duplicité du vagin, et des deux cols l'un béant, l'autre fermé. Le vagin d'abord unique sur trois centimètres se sépare en deux parties égales communiquant chacune avec un utérus. Le droit gravide mesure 63 millimètres sur 109 $^{m}/^{m}$, le gauche 52 sur 70 $^{m}/^{m}$ avec sillon cicatriciel au col comme beaucoup de multipares. Les deux utérus bien symétriques divergent régulièrement avec le rectum exactement au milieu et relié aux utérus par un repli péritonéal s'infléchissant à droite et à gauche, formant ainsi deux petits culs-de-sac peu profonds remplaçant le cul-de-sac de Douglas. Reins et uretères normaux.

La pièce 334 de Baudelocque: 2 utérus à une seul annexe chacun, deux cavités allongées accolés en bas sur 3 à 4 centimètres.

Pièce 110 de *Crimaille* de Nantes (20 novembre 1901), Musée Baudelocque, deux utérus dont un après Caesarienne.

---

(1) Bulletin et mémoires de la soc. anat. de Paris, n° 8-9, octobre et novembre 1923.

(2) Bouffe de Saint-Blaise, compte rendu de la soc. d'obst. et de gyn. et de pédiatrie, séance du 12 janvier 1900.

UTERUS A DEUX CORNES ET COL UNIQUE

Les canaux de Müller se sont accolés en bas, mais cet accolement a subi un arrêt vers le haut; la fusion cependant s'est faite là où ils étaient accolés. On a alors un col et deux corps indépendants; à la coupe, l'ensemble des trois cavités présente la forme d'un Y: c'est le type III d'Ombrédanne; le bicornis unicollis de Le Fort, le bicorne de Piquand; le bifide de Pauchet.

Cette anomalie serait la plus fréquente et Piquand dit en avoir rassemblé 261 cas.

Le plus souvent elle passe inaperçue car le vagin est ordinairement simple et on ne s'en doute qu'à l'occasion d'une complication. Plus rarement il y a cloison complète ou non formant des vagins égaux ou inégaux dont l'un peut être très réduit et imperforé, ou des raphés médians. S'il y a imperforation c'est presque toujours à droite qu'on la trouve sans qu'on puisse y trouver de raison. Manolescu l'a vue ainsi 20 fois sur 28.

Le col semble normal; on peut le trouver plus volumineux et élargi avec dans sa cavité deux saillies qui sont les vestiges de la cloison primitive.

Les corps, parfois égaux, sont le plus souvent inégaux, un peu longs par rapport à leur largeur et applatis; ils divergent formant un angle à sommet inférieur et parfois prennent un aspect cintré à convexité supérieure. — Les cavités sont un peu réduites.

La cloison qui sépare les cavités utérines au point d'accolement des corps, fait éperon dans la cavité du col et peut descendre plus ou moins bas formant ainsi la transition entre ce type et le précédent.

Les annexes sont parfois élevées, souvent appendues au bout de la corne. Comme dans le type précédent on peut

trouver une bride vésico-rectale divisant le bassin en deux loges. Elle fut observée pour la première fois par Dupuytren (d'après Cassan); depuis beaucoup d'autres observateurs l'ont vue et décrite (Ombrédanne et Martin). Piquand l'a vue de 8 centimètres de large et Dupuytren de 12.

Il existe parfois aussi une bride péritonéale transversale reliant les deux corps utérins.

En même temps, on peut rencontrer des anomalies ou absences de rein, anomalie de l'urètre (Jaboulay, d'après Laurent). Pavret de la Rochefordière dit que le rein manque souvent. Il apporte une observation où il n'y avait qu'un rein à gauche, volumineux. Il rappelle le cas de Vidal de Cassis 1830; celui de Puesch où chez une enfant l'un des corps était atrophié et le rein manquait du même côté. Le cas de Saviard : chez une enfant de quelques jours il y avait deux matrices et deux reins, mais les uretères venaient s'ouvrir dans un canal commun qui se déchargeait plus bas dans la même poche que les deux vagins. Il cite aussi les cas de Bonnet, Besançon, Rokitansky où des malformations coexistantes du rein ont été compatibles avec une longue vie et des accouchements.

C'est au cours de grossesse terminées fatalement que souvent l'anomalie fut observée; tels les asc de Louis (1), Cruveilhier (2).

Chez les animaux, cette forme utérine serait le type normal de la jument et de la brebis d'après Debierre ; des lémuriens d'après Max Weber.

Au Musée Dupuytren la pièce 544. Modèle cire d'un utérus bicorne, la cloison descend jusqu'au niveau de la partie supérieure du col qui est unique avec à sa paroi postérieure un léger raphé médian; un seul vagin avec un raphé postérieur très saillant; la cloison est épaisse, la cavité droite

(1) Louis arch. gen. 1836, t XI.
(2) Cruveilhier anatomie pathologique, livre IV.

légèrement plus vaste; annexes normales (Professeur Dupuytren).

La pièce 545, le cloisonnement ne prend qu'à 4 centimètres au-dessus du col. Gros raphé vaginal postérieur (Breschet).

La pièce 546, remarquable: vagin et col unique, les cornes très grèles et longues de près de 16 centimètres, corps fibreux à l'extrémité de chaque corne. La muqueuse est bien une muqueuse utérine (Verneuil 1854).

Pièce 547, femme morte peu de temps après l'accouchement, l'utérus est encore très développé et hypertrophié, col unique, la grossesse était à gauche et on peut voir au fond l'insertion du placenta; la corne droite vide est aussi hypertrophiée, mais beaucoup moins, vagin unique (Follin).

Corne rudimentaire

Une variété fort importante, à cause de ses complications, est celle où l'une des cornes est très peu développée. Cette corne rudimentaire est reliée à la principale par un pédicule de longueur et de grosseur variables. L'ensemble se présente comme un corps utérin bien développé, avec une trompe et un ovaire, sans rien de particulier et s'ouvrant dans un vagin normal. Sur lui vient s'implanter un corps utérin rudimentaire qui s'ouvre à la naissance du col par un canal pour lequel on peut observer tous les degrés de grosseur et de longueur selon le pédicule qui le contient; il s'ouvre à la hauteur de l'orifice interne du col, mais on l'a vu ou plus bas ou beaucoup plus haut sur la corne principale (par accolement et atrophie du canal de Müller), il peut être bien développée et simuler une trompe anormale (cas de Schatz) ou être rudimentaire, il faut le rechercher avec soin: sa trompe

est souvent pleine. L'ovaire qui n'a pas même origine est normal. Il peut y avoir un vagin cloisonné.

Un fait très important est l'imperforation du canal. Cette imperforation serait la règle: 135 fois sur 150 cas (Blondet). Parfois le microscope peut en retrouver des résidus; parfois il n'y en a aucune trace. Cette disposition entraîne souvent des accidents de grossesse très graves (Blondet) et des hématométries dangereuses.

Au microscope il y a prédominance du tissu conjonctif qui englobe les quelques fibres musculaires dissociées existantes; la muqueuse est souvent insuffisante, pauvre en glandes le ligament large du côté rudimentaire est plus bas que l'autre, le Douglas plus effacé, les culs-de-sac de ce côté sont moins profonds.

Erath John (1) apporte une observation où la corne à gauche était sans communication avec l'utérus principal, le pédicule musculaire ne portait pas de trace de muqueuse, mais seulement quelques vestiges épithéliaux. Une hématométrie avec hématosalpinx furent fatales. Il y avait eu 3 grossesses à droite.

La pièce 179, de Baudelocque, pour laquelle la grossesse de la corne s'est terminée par la rupture: l'examen hystologique du pédicule le montre plein et imperméable (2).

La pièce 853 de Baudelocque dont l'observation est rapportée dans la thèse de Blondet.

La pièce 1100, cire, au Musée Dupuytren, fait voir une corne s'implantant latéralement sur l'utérus principal (Docteur Le Bec 1904).

UTERUS CLOISONNES

A un degré plus avancé de l'évolution embryogénique le

(1) Thèse de Genève 1910.
(2) Annales de gyn. et obst. mars 1911 (Couvelaire).

processus d'accolement des canaux de Müller est complet; mais la fusion ne s'est pas faite. On aura donc apparemment un seul utérus extérieurement normal, un peu élargi peut-être; mais à l'intérieur la cloison aura subsisté en totalité ou en partie, et cela ne pourra paraître qu'à la coupe.

A. — Utérus complètement cloisonnés

On a deux cols accolés et deux corps accolés.

C'est le septus duplex de Le Fort, le type IV d'Ombrédanne, le biloculaire total de Piquand.

Cette malformation est rare parce que le trouble embryogénique qui intervient doit se produire tard entre la 8e et la 16e semaine, alors que les canaux sont accolés complètement. Si les observations de cette malformation sont peu nombreuses cela tient peut-être au fait qu'en dehors des cas chirurgicaux on ne s'en rend jamais compte, et qu'il est nécessaire d'ouvrir l'organe, ce que l'on ne fait même pas dans les autopsies si l'attention n'est pas attirée spécialement sur l'utérus.

Piquand lui attribue une fréquence de 7 0/0 dans le nombre des malformations utérines.

Le plus souvent le vagin est unique, il n'est que très rarement cloisonné et dans ce cas l'un des deux est presque toujours très réduit, parfois imperforé d'où hématocolpos.

Le col est fort peu élargi et la cloison qui le divise d'arrière en avant n'arrive pas tout à fait jusqu'au bord du col ce qui fait que même l'examen attentif au spéculum ne décèle rien. Rarement cependant, on voit sur lui un sillon antéro-postérieur qui parait ébaucher les deux cols primitifs et sur lequel vient prendre naissance une cloison vaginale antéro-postérieure. Sur le fond de l'utérus on peut voir parfois un sillon indiquant que l'accolement n'est pas arrivé à sa perfection et qui marquerait le passage à la variété dite cordiforme.

La cloison qui sépare les deux cavités est mince, uniforme; ou bien décroissant de haut en bas. L'accouchement peut la rompre; elle est parfois si fragile qu'une curette la déchire, entraînant ainsi une hémorragie qui n'est pas toujours négligeable. Cette cloison bien médiane peut diviser l'utérus en deux loges égales qui seront forcément de grandeur réduite; ou bien déviée, elle formera deux cavités inégales dont l'une petite pourra même arriver à être rudimentaire. Elle est formée de tissu musculaire dans lequel on peut parfois trouver deux plans séparés par du tissus conjonctif qui fait l'union des deux demi-utérus; si cette cloison est ainsi épaisse, les cavités extrêmement réduites seront mal conformées pour des grossesses.

Il peut y avoir oblitération, cause d'hématométrie.

Pour les animaux, on retrouve ce type utérin avec un seul vagin, chez les rongeurs. Avec deux vagins on ne le rencontre dans aucune espèce (Dambrin).

Comme observations se rapportant à ce type on peut citer celles de:

Küssmaul empruntée à *Liepmann* (1).

Cassan qui dans sa thèse cite un cas du professeur *Récamier* « utérus double non bilobé qui s'ouvrait par deux orifices dans un vagin simple.

Piquand qui en rapporte 2 sur des femmes vivantes, et dont l'une avait un vagin double; il détruisit la cloison pour permettre le coït.

B. — Utérus incomplètement cloisonnés a un col

Les utérus sont complètement accolés, mais la fusion commencée s'est arrêtée en chemin. On a un col et deux corps accolés.

---

(1) De duplicitate uteri et vaginae (Berlin 1830.

C'est le subseptus unicollis de Le Fort; le type V d'Ombrédanne.

Du fond de l'utérus part un éperon antéropostérieure qui descend plus ou moins bas. Le fond peut en même temps être légèrement déprimé, donnant alors à l'utérus un aspect d'ébauche bicorne.

Ces cas sont rares, sans doute parce qu'ils passent la plupart du temps inaperçus, et comme à la limite cela n'a plus aucune importance, les observateur n'en parlent même pas. Cela ne mérite d'être considré que lorsque l'éperon descend assez bas.

C'est l'utérus normal du rat et de l'agouti d'après Debierre; du cobaye d'après Ombrédanne.

Le Musée de Strasbourg en posséderait un spécimen dont Lauth donne le dessin dans son répertoire d'anatomie et physiologie.

C. — Utérus incomplètement cloisonné a deux cols

Très rarement c'est au contraire la partie inférieure qui subsiste et la partie supérieure qui se résorbe. On a alors 2 cols accolés donnant dans une seule cavité. Le vagin peut alors être cloisonné. C'est le subseptus unicorporus de Le Fort, le biloculaire cervical type VI d'Ombrédanne.

Il n'existe pas dans le règne animal. Si les cols ne sont réunis que par le museau de tanche, c'est d'après Pozzi le type du fourmilier.

Les observations sont très rares. Celles de:

Kurt Schlutius rapportée par *Dambrin*.

Piquand: très nette où il enlève la cloison du col et la bride vaginale qui faisait un début de cloisonnement.

UTERUS CORDIFORME

A un stade plus avancé encore de l'évolution, les canaux de Müller sont accolés presque entièrement et la fusion presque totale. Le fond utérin alors au lieu d'être convexe prend une forme sinueuse qui rappelle celle d'un cœur de carte à jouer d'où le nom de cordiforme donné par Cruveilhier et Barth. C'est l'uniloculaire de Le Fort.

Cette forme serait très fréquente; Piquand prétend qu'on la rencontre une fois sur cinquante femmes. L'éperon interne est mousse et ne gêne pas, aussi passe-t-il inaperçu; un raphé médian peut indiquer la cloison. L'utérus serait un peu élargi et applati, ce qui, d'après Lecluzze serait la cause de positions transverses dans les grossesses.

Vagin, col, et annexes sont normaux. Souvent pourtant ces annexes sont en position un peu élevée. La cavité est normale; en haut on voit l'éperon mousse. Parfois un repli péritonéal triangulaire d'une trompe à l'autre comble l'échancrure.

D'après Rieffel l'utérus cordiforme est le type normal de la souris.

UTERUS A FOND PLAT DE WINCKEL

Cet utérus forme le passage du cordiforme au convexe normal.

UTERUS UNICORNE

Nous venons de voir les types anatomo-pathologiques qui résultent de l'accolement et de la fusion plus ou moins complets des canaux de Müller. Il y a des cas où l'un des deux canaux seul s'est développé, l'autre s'étant considérablement atrophié.

On aura alors un demi-utérus avec une trompe et un ovaire, l'autre ovaire étant normal puisqu'il n'a pas pour origine le canal de Müller. C'est l'utérus unicorne. Cohn (d'après Demelin et Devraigne) avait en 1909 réuni 131 cas publiés.

Si les deux canaux se sont atrophiés, c'est *l'utérus déficiens*.

TYPES SPECIAUX D'UTERUS

Nous citerons ici deux formes très curieuses, mais relevant d'une anomalie embryologique différente de celles déjà décrites.

A. — Utérus doubles vrais

Ici c'est le terme qui convient:

Chaque utérus est porteur de deux annexes complètes. L'explication embryogénique est des plus obscure. Les observations sont des plus rares.

Celle de *Hunnach Creasdule* (1) : femme ayant eu trois enfants, opérée à 63 ans d'un utérus fibromateux; les deux utérus sans connexion entre eux portaient chacun deux annexes.

Celle de *Gauthier:* la pièce enlevée après hysterectomie montre deux utérus indépendants avec chacun un vagin et deux annexes. A droite un vagin long, à gauche vagin imperforé ayant donné lieu à un hématocolpos (2).

Piquand signale le cas de *Bouglé* où, dans un utérus bicorne, la corne gauche portait deux trompes.

B. — Utérus trifide

Il n'y en a qu'un seul cas publié, celui de *Depage* (3).

C'était une matrice à 3 lobes à kyste sanguin de l'ovaire droit; kyste sanguin de l'ovaire, ligament large et pavillon à gauche. Deux des cavités formaient une matrice bifide à un seul col. Un 3e lobe à gauche, constituant une cavité close, s'insérait au niveau du col et contenait du sang altéré. L'examen hystologique montra que c'était bien du tissu utérin. L'opérée guérit.

Pour expliquer cette anomalie, Depage admet un diverticule du canal de Müller qui se serait complètement fermé dans la suite.

ANOMALIES SPECIALES AU VAGIN

Nous avons vu quels types pouvaient présenter le vagin avec les utérus didelphes. Nous ajouterons spécialement.

(1) Amerie Journ. of. obstetr. mars 1894.
(2) Société Anatomique de Paris, oct. 1906.
(3 Annales de la Société belge de chirurgie, 15 VII, 1894 — et archives tocologie et gynécologie, tome XXI, page 550, Paris 1894.

A. — Duplicité du vagin seul

Cette anomalie provient du défaut de fusion des canaux de Müller à leur partie inférieure. On a alors un utérus unique avec vagin double. Mais cette anomalie est extrêmement rare et Le Fort n'en connait qu'un seul cas celui de *Maunoir*, de Genève:

Si l'on admet que l'hymen provient des canaux de Müller, deux hymens, tout le reste étant normal, représentent le type extrême de l'anomalie (Dubreuil-Chambardel).

B. — Le Fort cite aussi quelques cas où existaient deux utérus et deux vagins, mais les deux cols s'ouvrant dans le même vagin, l'autre petit finissant en cul-de-sac. On trouve alors une perforation de la cloison. Cette cloison peut être réduite à une simple bride.

C. — Absence de vagin

On a deux utérus, et on ne trouve pas de vagin.

Cette anomalie est due à l'arrêt total de développement de la partie inférieure des canaux de Müller.

Nous cietrons l'observation de:

J.-E. Walker (1): l'aspect extérieur était normal; clitoris et lèvres réunies par un tégument. Cette fille avait eu des hémorragies par le rectum, et comme personne ne se doutait de rien le médecin lui administra des emmenagogues parcequ'elle se plaignait de douleurs dans le bas ventre et de lumbagos: ce qui ne fit qu'aggraver son cas. A l'hôpital on reconnut la cause et on opéra. On trouva un gros ovaire droit rattaché à un utérus rudimentaire, à gauche un second utérus avec un ovaire plus petit, les deux utérus reliés à hauteur du col par une bride fibreuse. On enleva le tout sans pouvoir créer de vagin.

(1) Journal of Surgery 1906, XX, page 333.

Classification

Nous venons de passer en revue les types utérins résultant d'anomalie de développement. Pratiquement on rencontre d'infinies modalités, et il n'est souvent pas facile de faire entrer une pièce dans une catégorie déterminée, tous les intermédiaires pouvant se présenter. Aussi les observateurs les ont-ils souvent multipliées inutilement tel: corps à demi-accolés, arqués, corps à demi fusionnés et accolés en haut, etc... Il faut s'en tenir à quelques types généraux.

Il en existe un grand nombre. Nous rappelerons pour mémoire celle de Rokitansky qui reconnait 4 classes: bipartitus, unicornis, bicornis, bilocularis. — Celle de Foerster qui le premier l'établit d'après l'embryogénie. — Celle de Winckel qui crée un dédale de 36 combinaisons se succédant sans limites marquées.

Ombrédanne et Martin ont établi la leur au point de vue chirurgical. Nous la reproduisons ici parce qu'elle est la plus généralement acceptée. Nous ferons cependant remarquer qu'elle ne tient pas compte du vagin: Il faudra donc penser aux différentes malformations de ce dernier à propos de chaque type proposé.

I[er] Type. — Corps indépendants, cols indépendants, 2 museaux de tanche.

II[e] Type. — Corps indépendants, cols accolés, deux museaux de tanche, 2 cavités.

III[e] Type. — Corps indépendants, cols fusionnés, les deux cavités des corps aboutissent à une cavité cervicale unique.

IV^{e} Type. — Corps accolés, cols accolés, 2 cavités sur toute la longueur avec un aspect extérieur normal.

V^{e} Type. — Corps accolés, cols fusionnés, 2 cavités aboutissant à un seul col.

VI^{e} Type. — Corps fusionnés, cols accolés, une seule cavité avec 2 cols.

VII^{e} Type. — Les deux utérus complètement fusionnés forment le type normal de la femme.

Pathogénie

A quelle cause rapporter ces malformations?
La pathogénie des utérus didelphes demeure fort obscure.

On a invoqué:

L'Atavisme qui reproduirait d'une façon sporadique les formes normales des différentes espèces animales. C'est le principe de la reversion de Darwin; cette opinion est défendue par *Pozzi*.

L'Hérédité. — Cette théorie s'explique mal et les observations publiées ne semblent pas lui donner raison. Pourtant *Rouffard et Delaporte* citent deux cas d'utérus doubles chez des femmes dont les mères avaient déjà deux vagins (1).

La race. — D'après *Dubreuil-Chambardel* (2), la race anglo-saxonne y serait beaucoup plus sujette que la race latine; en Amérique ce serait dans les Etats où dominent les Anglo-Saxons qu'on a observé le plus de cas; en France, dans le Nord; en Italie et en Espagne on en aurait trouvé très peu. Ces faits demandent confirmation.

Nous n'avons pu trouver aucune observation touchant des femmes autres que blanches. Il serait intéressant d'étudier cette malformation chez les races les plus primitives.

Syphilis et alcoolisme qui jouent un si grand rôle dans

(1) Etuds d'une série de malformations congénitales des organes génitaux de la femme : Annales de la Soc. Belge de chirurgie, 1910.
(2) Duplicité du canal génitale de la femme. Paris 1906.

bon nombre d'affections, ne semblent pas avoir ici d'influence, du moins d'après les observations publiées.

Les causes immédiates invoquées sont nombreuses et variées, mais aucune ne peut s'appliquer à tous les cas. Il est probable cependant que chacune vaut pour ceux que leur auteur a observés.

Interposition d'organes. — Chez les marsupiaux, normalement didelphes, les deux utérus sont séparés par la vessie, les uretères et le rectum. Or c'est ce qu'on trouve dans les didelphes vrais. La cause serait donc dans l'interposition de ces organes résultant d'une adhérence de l'intestin terminal et de l'allantoïde, ou dans une anomalie des canaux de Wolff et de leur évagination uretèrale qui se trouve placée entre les canaux de Müller, ou de ces deux causes combinées (Piquand). Cette anomalie de l'intestin et de l'allantoïde entraîne en même temps des malformations multiples.

L'observation nette de *Fraenkel* semble confirmer cette manière de voir. Les deux conduits vaginaux étaient séparés par les uretères et le rectum (1).

Bride d'origine allantoïdienne. — *Hilo* prétend que dans les utérus bicornes, une bride d'origine allantoïdienne empêcherait la réunion des deux canaux de Müller. On peut opposer à cette théorie que la cloison vésico-rectale souvent décrite n'existe cependant pas toujours; qu'elle n'est peut-être pas d'origine allantoïdienne; qu'elle serait plutôt la conséquence, et non la cause de la malformation (Nagel) (2). Piquand cependant admet qu'elle est la cause quand on la trouve épaisse et bien développée.

Péritonite fœtale. — *Gratzer* indique la péritonite du fœtus qui formerait des adhérences et des brides empêchant les canaux de Müller de se réunir en les séparant ou en les

(1) Breslauer, arztlich Zeits-chrift, 1887, IX n° 7.
(2) Handb. der gyn. 1897, 1re édition t. I.

retenant à la paroi. Il faut alors que cette péritonite soit très précoce, et que les brides soient résistantes. De fait on retrouve parfois ces brides, mais elles font souvent défaut.

Pozzi reprend cette théorie. Piquand l'admet lorsqu'on trouve des adhérences anciennes cloisonnant le bassin ou fixant chaque utérus à la paroi, mais il ajoute que cela est fort rare. Il s'agirait alors d'une infection d'origine maternelle, ou d'un traumatisme ayant déterminé un épanchement de sang dans le péritoine.

Influence des ligaments. — *Meyer et Küssmaul* invoquent la puissance et le peu de longueur des ligaments ronds qui entraveraient le rapprochement des parties supérieures des canaux de Müller.

Meyer (1) rapporte le cas d'un fœtus de 8 mois; les ligaments ronds très courts et très solides maintenaient les corps transversalement; ces ligaments coupés, les cornes se rapprochaient facilement.

D'après Piquand, le ligament large pourrait aussi avoir un rôle.

Mais là encore n'est-ce pas plutôt la conséquence que la cause?

Largeur du bassin. — La largeur exagérée du bassin est incriminée par *Pfannenstiel* (2) et par *Thiersch:* les canaux de Müller trop éloignés l'un de l'autre ne peuvent pas se réunir. Il s'en faut pourtant de beaucoup que les bassins soient ordinairement élargis. Même souvent les utérus didelphes furent observés avec des bassins rétrécis.

Interposition de débris Wolffiens. — Cette théorie fut soutenue par *Pick* (3). Au début du développement il se ferait entre les canaux de Müller une inclusion de débris

(1) Zeitsch f. geb. und. gyn. 1901, V. XXXVIII.
(2) Centrabl. f. gyn 1895, p. 322.
(3) Arch. f. gyn. 1896, p. 389.

glandulaires provenant du corps de Wolff; ces débris proliférant formeraient entre les canaux de Müller un coin qui s'opposerait à leur réunion. Tantôt cela se borne à former un septum, tantôt cela va jusqu'à la formation d'un adéno-myome dont les éléments glandulaires présentent plus ou moins l'aspect de l'épithélium du corps de Wolff. Piquand admet cette théorie quand on trouve un adéno-myome séparant les deux corps.

Quand il s'agit d'utérus uniques et cloisonnés on ne peut mettre en avant aucune des explications qui précèdent.

Théorie de Pick. — Des débris Wolffiiens s'enclavent entre les deux canaux de Müller et augmentent ainsi l'épaisseur de la cloison.

Théorie de Meyer. — Il y a torsion, obliquité et convergence en arrière des canaux de Müller. Il en résulte que la paroi inter-utérine est plus épaisse en avant et ne peut plus se résorber. Pourtant on ne trouve pas toujours cette torsion; pourquoi la résorption ne se ferait-elle pas en arrière où la cloison n'est pas plus épaisse que normalement? Quelle est la raison de cette torsion?

Parmi les théories proposées pour expliquer les utérus didelphes, celle de Pick semble être la plus vraisemblable. péritonite fœtale pourrait souvent jouer un rôle (Bréchot).

Pathologie

A considérer le nombre d'observations concernant notre sujet, il semblerait que les utérus didelphes soient relativement fréquents. En réalité, étant donné le nombre des femmes qui subissent la laparatomie, elle l'est beaucoup moins qu'elle ne paraît.

Dans les grandes malformations à didelphie complète, la survie est rare.

Les petites malformations qui sont d'ailleurs les plus fréquentes n'entraînent aucun trouble; elles sont trouvailles d'autopsie.

Mais pour les malformations moyennes, si on dépouille les observations, on est frappé de ce fait que le diagnostic n'a presque toujours était fait qu'après coup. C'est à peine si quelques cliniciens ont pensé à la malformation sans oser l'affirmer. Nous n'avons pu relever que très peu de cas où le diagnostic avait été posé nettement par l'examen de la malade.

Il est très difficile. Les utérus didelphes n'ont pas d'histoire à moins de complication (Stern).

Règles. — Elles sont difficiles et douloureuses (encore faut-il voir là souvent le résultat des flexions et des versions que subissent souvent les corps utérins).

Les femmes accusent des douleurs dans le ventre, parfois limitées à un seul côté avec irradiation dans les cuisses et les lombes. Même sans complication, ces douleurs ne cessent pas avec l'apparition du sang, mais continuent pendant toute la durée du flux menstruel et se prolongent même quelques

jours après. Souvent elles augmentent avec l'âge de la malade.

Se produisent-elles simultanément dans les deux utérus, ou ceux-ci sont-ils fonctionnellement indépendants? L'exhalation sanguine coincide avec la maturité d'une vésicule de Graff par excitation reflexe (1). On pourrait s'attendre à voir les deux utérus réglés successivement.

Beaucoup d'observateurs ont vu les règles se produire simultanément dans les deux utérus (Andrieux (2). — Goupil d'après Le Fort). Encore faut-il être certain que les deux utérus ne communiquent en aucun point.

A côté de cela, Ferenczi, cité par Guérin-Valmale (3), signale le cas d'une femme habituellement réglée tous les 14 jours; l'utérus gauche étant devenu gravide, elle continuât à l'être tous les 28 jours et seulement par l'utérus droit. D'après cela on peut se demander si certaines femmes qui continuent à être règlées pendant leurs grossesses, ne seraient pas porteuses d'un utérus didelphe. — Henderson, cité par Müller, indique un fait semblable. — Blackwood, cité par Müller, relate un cas de règles alternantes. — Jouin (4) rapporte l'observation d'une femme qui avait régulièrement ses règles en deux temps et alternativement par chaque côté. — Lockie (5) observe un cas de menstrues alternantes tous les 15 jours. — Cas de Tarnier (6) où il y avait un utérus gravide et l'autre réglé.

Bilhaut (7) rapporte un cas très caractéristique: Une fille vierge de 14 ans lui fut amenée par ses parents parce qu'elle était « tout le temps dans le sang ». L'examen montra

(1) Havelock-Ellis (Inversion sexuelle. Edition du Mercure de France) prétend qu'il y a autre chose dans la périodicité des règles ; il cite le cas de femmes sans ovaires et réglées et il prétend que l'homme même est soumis à un rythme sexuel.
(2) Annales d'obstitrique, 1843.
(3) De l'évolution de la puerpuéralité dans l'utérus didelphe (in obstetrique 1904).
(4) Des différents types de métrite, leur traitement, 1892.
(5) The Lancet, 1897.
(6) Journal des sages-femmes. Paris 1894. t. XXII, page 43.
(7) Annales de chirurgie et orthopédie. Paris 1903, mai, n° 5.

qu'elle portait un utérus double et que lorsque l'un des deux utérus venait de terminer ses règles, l'autre recommençait aussitôt.

On voit parfois après quelques jours un redoublement de règles par l'entrée en action du deuxième utérus (Eustache) (1).

Dans le cas d'utérus déficiens, on peut avoir des hémorragies compensatrices.

Il est des cas où par rétention à la suite d'atrésie unilatérale, l'autre utérus s'arrête par voie reflexe.

Certaines cornes utérines rudimentaires, en dehors de toutes complications, par simple congestion, sont le siège de douleurs extrêmement vives, parfois intolérables.

L'âge de la malade, les douleurs périodiques, le fait que les premiers ennuis surviennent au moment de la puberté peuvent être une indication.

Gêne fonctionnelle. — Les utérus didelphes n'ont aucune influence sur la copulation. Il n'en est pas de même de la duplicité du vagin. Souvent la femme vient consulter pour une véritable infirmité. La douleur de la femme et même de l'homme qui vient buter contre la cloison empêche tout rapport. Les vagins peuvent être assez étroit pour interdire l'intromission.

Souvent un des vagins est atrophié et l'autre seul est fonctionnel. Parfois les deux vagins sont bien constitués et assez larges tous les deux. Richet raconte qu'une prostituée qu'il a soignée, par une singulière conception de la fidélité amoureuse, réservait l'un de ses vagins à l'usage exclusif de son amant et l'autre à celui de la clientèle. Boys de Louy, d'après Le Fort, rapporte plusieurs cas semblables.

Une simple bride passe souvent inaperçue.

(1) Archives de gyn. et toc. 1896.

Toucher. — Il peut montrer le cloisonnement du vagin, à condition d'éliminer les brides cicatricielles et séniles; il peut faire sentir deux museaux de tanche, parfois une disposition anormale des culs-de-sac.

Palper. — Ne donne rien en dehors de toute complication; parfois peut être quand les deux utérus sont très nettement séparés, pourrait-on arriver à les sentir, mais cela est rare, et on pense plutôt à un fibrôme ou à une salpingite.

Le toucher combiné au palper peut donner des renseignements chez les femmes maigres.

Toucher rectal. — N'arrive presque jamais à donner de renseignements. Il pourrait permettre de sentir la division du col ou des corps utérins, mais dans aucune observation cette constatation n'a été faite.

Spéculum. — Confirme le toucher. Pour le toucher et le spéculum, il faut se rappeler que les erreurs sont faciles. L'un des vagins très étroit et atrophié peut rester inaperçu avec le col qui y correspond, et automatiquement le doigt et le spéculum passent à côté. L'un des cols petit, enfoui au fond d'un repli ou d'un cul-de-sac, dévie, échappe à l'examinateur non prévenu. De plus, on n'en retire aucun enseignement quand le col et le vagin sont uniques.

Hystéromètre. — Il s'enfonce obliquement, parfois les cornes sont tellement obliques qu'on ne peut le faire pénétrer. Il est bon alors de recourir à une sonde fine et souple. Parfois on le sent buter sur un éperon et filer ensuite à droite ou à gauche. Si l'un des corps est en position normale et l'autre fortement dévié, l'hystéromètre suit toujours le même chemin et c'est là une cause d'erreur. En faisant pénétrer deux tiges à la fois, leur divergence indiquera celle des corps; et si on peut au-delà des cols les faire se toucher on aura la preuve que la cloison interutérine est incomplète.

Endoscopie utérine. — Cette méthode, préconisée par *David* dans sa thèse, pour toute affection utérine d'ailleurs, peut donner ici de bons renseignements. Après dilatation, ce qui déjà fera parfois apercevoir l'éperon à travers le col on introduira l'endoscope dans les deux cavités. Cette opération n'offre aucun danger; et même ne saurait qu'être salutaire par la dilatation sur les accidents de métrite et sur les métrorrhagies.

Commémoratifs. — Ils sont d'un très faible secours. On pourra se souvenir des grossesses antérieures terminées par des avortements ou des avant-terme répétés et des présentations défectueuses constantes.

Des malformations, dans d'autres régions du corps peuvent attirer l'attention: Tel le cas de Blanchard où il y avait aux deux mains de la polydactylie et des ongles surnuméraires. Mais cela est très rare. Nous avons déjà vu que les antécédents héréditaires ne donnent rien.

DIAGNOSTIC

Le plus souvent il n'est pas fait. On aura confondu avec:

Un fibrôme pédiculisé (Penser à l'âge de la malade, aux douleurs continues et aux troubles de compression progressant avec l'accroissement de la tumeur).

Une salpingite ancienne unilatérale (Penser aux antécédents et à ses signes aigüs, douleur, hyperthermie, réaction péritonéale).

Une grossesse extra-utérine (Penser aux petites signes de la grossesse: troubles nerveux et gastriques, aux seins, à la pigmentation de l'aréole.

COMPLICATIONS

Les utérus didelphes sont sujets à toutes les complications,

aux infections et aux accidents pathologiques des utérus ordinaires, mais qui peuvent être limités à un seul corps utérin.

Par suite de la disposition de deux vagins complètement séparés, il peut se faire qu'une infection soit unilatérale.

Ombrédanne signale un cas très caractéristique: Une malade à vagins et utérus doubles, déflorée à 16 ans d'un seul côté, est atteinte de salpingite gauche. Défloree pour la deuxième fois à 18 ans, elle se sert depuis de ses deux vagins et la salpingite devient alors bilatérale.

Les néoplasmes ne semblent pas plus fréquents bien que les malformations soient ordinairement une cause prédisposante.

D'après Laurent, ils sont exposés aux fribrômes, petits noyaux fréquents, mais souvent peu développés.

En plus de cela ils sont particulièrement sujets à des complications obstétricales que nous étudierons plus loin, et dans les cas d'imperforation à des hématométries redoutables et à des hématocolpos.

Hématométrie

Etant donné sa gravité et sa fréquence, cette complication mérite d'être étudiée d'un peu plus près.

Lorsque l'un des utérus, ordinairement le plus atrophié, ou une corne, ce qui est très commun, sont imperforés, les règles s'établissent bien à la puberté, et l'accident n'arrive que plus tard, parce que l'utérus atrophié n'est réglé que postérieurement; il s'ensuit que l'histoire des menstrues n'apprend rien. Les signes vont donc apparaître à l'occasion d'une époque sans que rien auparavant n'ait pu le faire prévoir.

Douleurs. — La malade se plaint de coliques utérines, de sensation de tension, de douleur sourde permanente, de douleurs d'expulsion comme pour vider son utérus.

Ce tableau ne commence pas avec les règles mais attend 4 ou 5 jours pour s'aggraver pendant les derniers. Aux époques suivantes les douleurs croissent et se prolongent davantage à mesure que le volume augmente, pour ne plus disparaître même pendant l'intervalle des règles ; et avec recrudescence à chaque fois.

Ces douleurs irradiées vers les jambes et les lombes rappellent les compressions des tumeurs iléo-pelviennes; elles sont réveillées par la pression abdominale et vaginale.

Il arrive que ces douleurs se produisent en dehors des règles parce que les deux utérus ne fonctionnent pas en même temps.

Toucher. — La tumeur saille dans le cul-de-sac postérieur s'il y a atrésie de l'orifice supérieur; si l'atrésie est à l'orifice inférieur, elle prend la place du col. Elle cède mieux au doigt que le fibrôme et ne donne pas sa sensation de bois. Souvent l'autre col déjeté et rétréci par la tumeur est introuvable.

Palpation. — La tumeur est lisse et mate. Par l'abdomen on peut en faire le tour et arriver sur le fond de l'autre utérus. Combiné au toucher, il mobilise la tumeur et la fait saillir dans le vagin. On peut trouver la corne qui alors semble une petite tumeur secondaire annexée à la principale.

Spéculum. — On aperçoit une tumeur lisse, sans que souvent on puisse trouver l'orifice. Si on le trouve l'hystéromètre bute de suite dans l'atrésie.

Le cathétérisme de l'utérus sain fait reconnaître la position de la tumeur par rapport à lui.

Le toucher rectal peut donner des renseignements.

On peut observer de la rétention d'urine, de la constipation, des compressions vésicales et rectales.

Cette hématométrie peut être double (Gross); l'atrésie peut être acquise et non congénitale (Gross).

Elle peut exister malgré des règles apparentes puisque l'autre utérus continue ses fonctions, et c'est là une cause d'erreur.

La résorption est impossible, la tumeur s'accroît par étape. Elle arrive à se rompre soit dans le vagin ou l'autre utérus, ce qui est un cas heureux; dans la vessie, le rectum, le tissu cellulaire pelvien. Alors la suppuration s'établit et l'hématométrie devient pyométrie.

Souvent l'hématométrie se complique encore d'hématosalpinx qui lui-même peut s'infecter et devenir pyosalpinx. D'après Vignard, certains auteurs auraient observé la disparition spontanée de l'hématosalpinx après évacuation de l'hématométrie, mais cela n'est pas constant, loin de là, d'après Fuld (1), cité par Pozzi. Souvent la trompe se rompt et le résultat est fréquemment la mort (Sänger) (2).

Il faut donc, devant une hématométrie, soigneusement rechercher l'hématosalpinx et en faire l'ablation; cette opération préliminaire étant sans gravité (Vignard).

Le traitement médical de l'hématométrie se borne au repos et aux injections antiseptiques; il n'y a d'ailleurs rien à en attendre.

Il faut donc sans hésiter avoir recours au chirurgien. Que fera-t-il? Ponction vaginale: elle vide le liquide, difficilement parfois parcequ'il est épais; elle soulage, mais on risque l'infection et l'hématométrie reviendra presque sûrement. Il vaut mieux faire l'hystérectomie: opération radicale.

Une très belle observation est due à *Edmond Vignard* (3) de Nantes: c'était un utérus biloculaire avec oblitération de l'orifice externe droit, un seul vagin. Le fond utérin était divisé par un sillon profond de trois travers de doigt. A

(1) Arch. f. gyn. 1889, Bd. XXXIV, 2 page 191.
(2) Centralb. f. gyn. 1896, p. 19.
(3) Archives Provinciales de chirurgie, tome 8, 1899, page 237.

chaque époque menstruelle, les douleurs étaient extrêmement fortes, il s'était formé une hématométrie et une hématosalpinx. La malade fut opérée et guérit.

Pavret de la Rochefordière rapporte un cas fort curieux. La pièce montre un utérus à deux cornes; la gauche étant imperforée, et il y avait un hématosalpinx à droite alors que la corne droite était parfaitement perméable.

Hématocolpos

Si l'un des vagins est oblitéré, le sang menstruel s'accumulant produira un hématocolpos. On observe alors des troubles menstruels, des douleurs très violentes, une tumeur qui parfois apparaît sur un des côtés du vagin. — Par effraction de la paroi intervaginale, il peut se transformer en pyocolpos.

L'observation de *M. Ch. Baudet*, service du Dr *Roux-Berger* est caractéristique:

« Utérus didelphe avec une cavité gravide, l'autre conduisant dans un vagin imperforé ayant donné lieu à un hématocolpos », elle fut publiée: « Société Anatomique n° 7, juillet 1920 » et la pièce déposée au Musée Dupuytren, n° 1182.

PRONOSTIC

Dans l'utérus didelphe complet, auquel s'ajoutent d'autres grandes malformations, il est presque toujours fatal dès les premiers jours.

Mais dans les anomalies petites et moyennes, il est des plus bénins, du moins quand aucune complication ne vient s'y surajouter. Souvent la femme ne s'en aperçoit même pas.

TRAITEMENT

Tant qu'il n'y a pas de complications, le traitement des utérus didelphes est nul.

Cependant le chirurgien peut être appelé à enlever une cloison vaginale qui, dans certains cas, peut devenir une véritable infirmité: c'est une opération sans aucun danger et très facile tel :

Observation de *Champeil* rapportée dans sa thèse: chez une jeune femme, le coït était rendu impossible par une cloison qui séparait les deux vagins; rien de précis sur l'utérus. La membrane fut facilement enlevée et la grossesse suivit.

Les troubles et les douleurs de la menstruation sont parfois suffisants pour nécessiter une intervention.

Lorsqu'une affection se surajoute, le traitement est celui de l'affection même comme dans un utérus ordinaire.

Le médecin devra se méfier de l'existence d'un vagin atrophié, afin de ne pas voir une infection se reproduire indéfiniment par contagion secondaire, faute d'avoir traité les deux cavités. De même, en cas de curettage, il ne faut pas manquer de visiter les deux loges.

Le chirurgien interviendra pour les mêmes causes et dans les mêmes conditions que pour un utérus ordinaire. Les suites opératoires seront les mêmes. Il s'inspirera des conditions qu'il rencontrera, mais il devra se montrer toujours aussi conservateur que possible, c'est le conseil que donnent Quenu et Lesourd (1), et Guérin-Valmale.

Il préférera l'hemi-hystérectomie à l'hystérectomie totale, car ainsi il laissera à la femme un utérus qui pourra parfaitement mener des grossesses à terme. Goullioud rassemble 17 observations d'hémi-hystérectomie qui ont donné d'excellents résultats. Cependant si l'accolement est trop

(1) Revue de chirurgie, janvier 1906.

prononcé, il faudra bien qu'il se résolve à une opération totale. S'il trouve une corne rudimentaire, il devra toujours l'enlever, car il mettra ainsi sa malade à l'abri du gros danger d'une grossesse dans cette corne. En somme, il faut s'efforcer de conserver la fonction génitale tout en évitant à l'opérée les complications dangereuses qui pourraient survenir du fait de sa malformation.

La technique opératoire est la même que pour un utérus normal; on doit pourtant se rappeler que les autres organes et particulièrement les urinaires (1) sont souvent déplacés et anormaux, que la topographie est modifiée, que la bride vésico-rectale peut être vascularisée. Stern conseille de fixer à la paroi l'utérus restant afin d'éviter une rétroversion ultérieure.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que la voie vaginale est mauvaise parce que aveugle; l'abdominale seule permet d'éviter la stérilité.

Dambrin, qui rapporte 19 observations, prétend même qu'un utérus ainsi enlevé, les chances d'avortement diminuent pour l'autre. En supprimant, dit-il, la corne rudimentaire, on a débarrassé la femme de tous risques de rupture et d'infection.

Dambrin apporte une observation fort intéressante. Il s'agissait d'un utérus didelphe dont le droit était gravide et le gauche fibromateux. L'utérus fibromateux fut enlevé, le droit conservé, la malade accoucha cinq mois après d'un enfant « normal et qui vit ».

Le cas de Gross et Fruhinsholz (2) est caractéristique aussi. Une fille vierge entre à l'hôpital pour hématosalpinx le 5 juin 1908. On trouve un utérus double. On pratiqua l'hémihysterectomie et les suites opératoires furent favorables. Mariée en 1911, elle accoucha en 1913, après un travail assez pénible, d'un enfant bien constitué.

---

(1) René Villar. Journal de Médecine de Bordeaux, avril 1920.
(2) Annales de gyn. et obst. 1913, sept.

Utérus Didelphes et Grossesse

Les malformations vagino-utérines peuvent entraver la fécondation, mais la plupart du temps des interventions simples y portent remède.

Par exemple, il s'agit d'une cloison vaginale qui s'oppose au coït (Ameiss en fait la resection et la grossesse a lieu trois mois après (1) — d'atrésie du vagin (Dirner dilate le vagin sectionne la cloison avec succès (2); d'atrésie du col (Lorenz (3), Mme Welt-Kakes (4) obtiennent après dilatation et paradisation une grossesse l'année suivante).

La grossesse n'est nullement incompatible avec l'utérus didelphe et le nombre de cas relevés est fort grand: Bousquet en rassemble 108. Souvent même on ne s'aperçoit de rien, témoin l'observation donnée par La Rochefordière :

Une femme de 29 ans avait eu une grossesse avec accouchement normal; plus tard, opérée pour salpingite, on trouva 2 utérus nettement séparés au-dessus des cols.

Souvent les femmes ont des grossesses nombreuses.

Ollivier (5) cite une femme qui eut 6 grossesses, Simon, 7; Meurer, 8; Oker Blom, 9 (d'après Magenc); Hertzsch (6) 10. — A. Bérard (d'après Le Fort) rapporte qu'une femme, à la Salpetrière, en eut 17.

Souvent simple, la grossesse peut être double avec un fœtus dans chaque cavité. Le Fort en rapporte deux observations. Les deux utérus peuvent être rendus gravides par deux coïts éloignés: on a alors un accouchement à deux temps. Mme Boivin rapporte une observation que Cassan

(1) Ameiss-Amer. Journ. of obst. 1896.
(2) Arch. f. gyn. 1884, vol. XII, Dirner.
(3) Lorentz-Centralb, f. gyn. 1899.
(4) Welt Kakes, New-York, méd. journal, 1898.
(5) Compte rendu de la société de biologie, 1872.
(6) Brit. Méd. journal, avril 1895.

considère comme particulièrement probante: la femme ayant accouché à plusieurs mois de distance de deux enfants bien cosntitués. Dambrin dit connaître des cas de grossesses biutérines d'âges différents. Le Fort admet que le fait est fort possible.

On pourrait donc voir une femme portant deux fœtus provenant de deux pères différents, enceinte et en couches en même temps!

Cet accident ne peut se produire chez les animaux didelphes parce que le rut est très court et que le mâle porte une verge bifide qui du premier coup occupe les deux utérus.

La grossesse est très rarement gemellaire dans une même cavité. Tarnier pourtant en a vu un cas.

Dans la grossesse unilatérale, la corne vide s'hypertrophie en même temps que l'autre, sans pourtant arriver au même volume; cela prouve que les deux utérus ne sont pas totalement indépendants; elle se modifie et il se forme une caduque.

Les modifications de texture de l'utérus didelphe gravide sont les mêmes que celles d'un utérus normal. Etant donné sa forme plus allongée, il s'applique plus exactement sur le fœtus (Bonnaire (1). Pfannenstiel(2) prétend que, à mesure que l'utérus monte dans l'abdomen, il est attiré sur le côté par son ligament large, en avant et en dedans par son rond: le corps utérin forme une voussure latérale et en même temps tourne, portant en avant le bord externe.

Les utérus didelphes sont particulièrement sujets à quelques accidents de grossesse. Chaque utérus étant un demi-utérus, il manque d'étoffe et ce serait la cause de fréquents avortements et accouchements avant terme.

Bousquet compte 27 avortements sur 91 grossesses; Dubreuil-Chambardel, 180 sur 467 cas.

L'éclampsie serait plus fréquente. Alors que la normale est de 1 pour 200, Guérin-Valmale en compte 3 sur 104.

(1) Bonnaire. Soc. obst. Paris 1902.
(2) Pfannenstiel, Centrabl. f. gyn. 1895.

Diagnostic. — Le diagnostic de la grossesse est ordinairement facile; encore faut-il éviter l'erreur amusante qui fut commise par un accoucheur: Après avoir examiné la femme, il déclara qu'elle n'était pas enceinte, alors que son confrère présent affirmait qu'elle était prête d'accoucher; un second examen permit de se rendre compte que chacun d'eux avait touché par un vagin différent. J. W. Taylor rappelle un fait analogue où la femme étant en travail, on ne trouvait pas de modifications du col.

Souvent les règles cessent; mais il peut arriver que l'utérus vide continue à être réglé tout le cours de la grossesse.

Si les deux utérus sont gravides, on sent nettement deux tumeurs isolées par une dépression.

L'accouchement est souvent normal. Les contractions utérines parfois faibles peuvent nécessiter le forceps. L'utérus vide expulse une caduque qu'il ne faudra pas manquer d'aller chercher s'il y a infection, et si le diagnostic a été fait avant l'accouchement, il faut surveiller son expulsion (Pinard).

Schwaab (1) ne reconnut un utérus cloisonné chez une femme quartipare qu'en examinant la cavité pour fétidité des lochies: c'était la caduque de l'utérus non gravide qui s'était infecté.

Boissard (2) rapporte le cas d'une femme qui ne se doutait pas de sa malformation. L'accoucheur s'en rendit compte parce que l'utérus vide avait expulsé une caduque; l'hymen était encore intact.

Bouffe de Saint-Blaise et Couvelaire (3) rapportent un fait assez spécial, dans cette observation la caduque de l'uté

(1) Bulletin, soc. obst. séance du 15 nov. 1900.
(2) Boissard, bulletin soc. obst. séance, 15 nov. 1900.
(3) Annales de gyn. et obst. juillet 1906, page 393.

rus vide fut expulsée à 5 mois, tandis que la grossesse évolua normalement jusqu'à terme.

Les anomalies du vagin n'occasionnent de gros accidents ni pour la mère, ni pour l'enfant. Si la cloison est incomplète, on est obligé parfois de l'inciser car le fœtus vient s'appuyer dessus, il faut alors surveiller l'hémorragie; parfois le fœtus la déchire lui-même. Si la cloison est totale, il n'y a pas à s'en occuper.

La rigidité du col, l'obliquité de l'utérus, sa rétrodéviation peuvent parfois occasionner des ennuis, prolonger le travail. La mauvaise dilatation, l'atrésie du col, la bride vesico-rectale peuvent être cause de ruptures.

CAS PARTICULIERS

Après avoir envisagé la grossesse en général, dans les utérus didelphes, voyons quelques cas particuliers.

Utérus unicorne. — Il ne présente pas gros intérêt pour l'accoucheur. *Picot* rapporte deux observations. Dans l'une il y eut 10 accouchements et dans l'autre 12, dont deux fois des jumeaux, la malformation ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Utérus à deux cornes. — Dédoublés jusqu'à la hauteur de leurs cols qui sont accolés ou fusionnés, ces utérus peuvent fort bien mener leur grossesse à terme sans incidents. Il n'en est pas toujours ainsi, car ce qui est important, c'est la grandeur de la loge, et si elle est petite, l'avortement se produit.

Müller (1) rappelle l'observation de *Gutermann* où une femme eut 9 grossesses à droite, toutes avortées, sauf une menée jusqu'à 7 mois, et 3 à gauches arrivées à terme.

(1) Arch. f. gyn. 1873.

Au lieu de l'avortement ce peut être la rupture qui se produit au point le plus faible, c'est-à-dire au voisinage de la trompe. Parfois cette rupture se fait à l'union du col et du corps, surtout au moment de l'accouchement, à cause de la direction oblique qui produit un étranglement.

Au moment de l'accouchement, la corne vide hypertrophiée peut venir se loger au détroit supérieur, oblitérer une partie du bassin et rétrécir l'excavation. Elle joue le rôle d'un fibrôme præira, il faut la repousser en haut et latéralement. (Cas signalés par Müller (1) et par Borinski (2)

La présentation est verticale, et comme la forme normale de l'utérus fait défaut, on a le plus souvent des sièges à répétition. D'après Reynes (3), la tête est souvent défléchie.

Si la corne gravide est placée obliquement, l'accouchement peut devenir impossible, et on arrive à une déchirure mortelle de la cloison sur laquelle porte l'effort: tel l'observation de Depaul (4).

Utérus à deux loges, cloisonnés. — L'accolement est complet et les causes de dystocie dues à la présence des cornes sont ici supprimées. Pour le reste, tout se passe comme pour le bicorne. Ce qui domine la question, c'est l'ampleur de la cavité gravide.

Le diagnostic ne se fait souvent qu'à l'autopsie. Dans un cas de Ribemont-Dessaigne, où il s'agissait d'une cœsarienne, il fut fait parce que l'on ouvrit tout d'abord la loge vide.

Utérus plus ou moins cloisonnés. — Si l'éperon est grand et fort, on revient aux types précédents. Pourtant ils présentent une dystocie spéciale. La cloison empêche l'accommodation pelvienne, le segment inférieur de ce demi-utérus

(1) Müller, arch. f. gyn. 1873.
(2) Borinski, arch. f. gyn. 1876
(3) Reynes, Bulletin de la Soc. d'obst. de Paris, 1902.
(4) Mémoires de la société de biologie, 1853, t. V. p. 270.

se trouvant étroit, la tête ne pénètre pas dans l'excavation, elle est élevée et peut se diriger obliquement: elle vient appuyer sur la cloison qui, déprimée, fait saillie au niveau de l'autre orifice; celui de la loge gravide remonte et on ne le trouve plus. Le doigt est séparé du fœtus par la cloison en doigt de gant (Tarnier).

Si cette cloison est de faible hauteur, le diamètre transversal est trop grand par rapport au vertical et le fœtus tendra à se mettre en position transverse; les présentations de l'épaule sont très fréquentes, Picot affirme même que si, sur une primipare, bien conformée par ailleurs, on constate une épaule franche, on peut en conclure la présence d'un utérus cordiforme.

Pinard conseille la version par manœuvre externe, il dit l'avoir pratiquée souvent et avec succès facilement. Au contraire Demelin et Devraigne enseignent que la version externe est presqu'impossible.

De plus on peut avoir des hémorragies par déchirure de de la cloison. Si le placenta s'insère sur cette cloison, il se décolle mal par défaut de contractions.

Utérus à deux cols et une loge. — Il faut souvent dans ce cas sectionner le pont qui engendre les deux cols.

Utérus à corne rudimentaire. — C'est très certainement là, la disposition la plus fâcheuse et qui occasionne le plus de désastres.

Si cette corne est canaliculée, la gravidité s'explique facilement. Mais nous avons vu que presque toujours le pédicule était imperforé, l'explication est alors plus difficile.

Küssmaul prétend que l'oblitération s'est faite postérieurement à la grossesse. On admet plutôt la migration transpéritonéale dans certains cas de l'ovule venant de l'ovaire placé de l'autre côté, et saisi par la trompe de la corne (Taylor-Smith); dans d'autres cas, du spermatozoïde qui a traversé tout l'utérus normal, la cavité péritonéale pour aller gagner l'ovaire opposé.

Chose curieuse, cet accident arrive souvent chez des femmes qui ont eu déjà plusieurs enfants.

Il peut y avoir en même temps une grossesse dans la grande corne (Guillaume) et cette grossesse peut évoluer alors que le fœtus contenu dans la petite corne est mort: cas de Bazterrica rapporté par Guillaume: cette femme fut opérée au 5e mois et conduisit son autre grossesse à terme.

La corne vide s'yperthrophie assez vite d'abord, puis beaucoup plus lentement.

Il ne peut pas y avoir accouchement et la grossesse se termine par la mort du fœtus qui peut demeurer là et devenir lithopaedion (Turner); mais presque toujours c'est par la rupture qui se fait particulièrement après le 3e mois, au point aminci par la distension: à l'insertion de la trompe (Tarnier et Budin) (1) et le fœtus fait irruption dans la cavité péritonéale avec mort dans 67 0/0 des cas (Demelin et Devraigne) par hémorragie foudroyante ou péritonite : on a le tableau d'une grossesse extra-utérine.

Le diagnostic est très difficile, le début est celui d'une grossesse ordinaire. On peut confondre avec une grossesse dans l'utérus qui est hypertrophié et auquel est adjointe une tumeur; avec un kyste; avec une grossesse tubaire (mais celle-ci ne se prolonge pas aussi longtemps).

Le traitement est celui de la grossesse extra-utérine: l'intervention chirurgicale.

Blondet conseille, si l'on peut mettre la mère en surveillance et se tenir prêt à intervenir à la moindre alerte, d'attendre à cause du fœtus que l'on extraira par cœsarienne, et puis on enlèvera la corne. Mais il ajoute qu'il n'existe qu'un exemple d'enfant vivant dans ces conditions. C'est le cas de Serejnikoff pour lequel l'opération fut pratiquée à 8 mois et l'enfant ne vécut que six heures.

(1) Tarnier et Budin. Traité d'accouchement, t. II.

Comme observations typiques, nous citerons:

Celle de *Dionis* (1) rapportée par *Lefort*.

Le cas de *Potocki* présente à la Société d'Obstétrique et de Chirurgie de Paris et rapporté par *Demelin et Devraigne:* Une femme de 30 ans avait eu 3 accouchements normaux et à terme. A la 4e fois, elle fut prise au 3e mois de douleurs et de métorragies ; le fœtus mourut. La femme fut opérée deux mois après avec des phénomènes infectieux. C'est à ce moment qu'on se rendit compte que la grossesse était dans une corne.

L'observation parue dans les « Annales de Gynécologie et de Chirurgie », Mars 1911, et dont la pièce est au Musée de Baudelocque, n° 179. La femme avait eu une grossesse dans l'utérus normal qui s'était terminée à 6 mois par la naissance d'un enfant vivant mais non viable. Elle fit une seconde grossesse dans sa corne rudimentaire qui se termina par la rupture au 4e mois. On opère et on retrouve le fœtus projeté jusque sous le foie. L'examen hystologique montre le pédicule plein et imperméable.

L'observation rapportée dans la thèse de Blondet afférente à la pièce n° 853 du Musée de Baudelocque. Cette femme avait eu deux grossesses antérieures avec accouchement par le siège. Le diagnostic porté avait été celui de fibrôme pédiculé tordu avec utérus peut-être gravide (rétention d'un œuf mort — gestation ectopique). L'opération fut heureuse. Le fœtus bien constitué avait 3 mois et demi. L'examen microscopique du pédicule montra qu'il n'y avait aucune trace de canal.

---

(1) Histoire d'une matrice extraordinaire 1693. — Dionis présenta la pièce à la Reine, femme de Louis XIV. Elle fut commentée par Fagon et Daquin devant Madame, la Reine et ses dames d'honneur. Quand Molière fait proposer à Angélique par Thomas Diafoirus la distraction de la dissection d'une femme, il y a peut être là un trait de satyre voulu, bien plus qu'une plaisanterie ridicule (c'est un petit fait littéraire qui méritait d'être signalé).

Observation de M. Le Docteur WIART

Madame S..., âgée de 31 ans, entre à Lariboisière dans le service du Docteur Wiart, le 25 mars 1924, pour: crises douloureuses abdomino-pelviennes.

Antécédents héréditaires. — Retenir l'alcoolisme paternel.

Antécédents personnels. — Rien de notable si ce n'est des convulsions à 11 mois (?) — crises nerveuses à 4 ans (?) — phénomènes méningés au cours d'une congestion pulmonaire à 6 ans, — bassin normal, — W. négatif.

Réglée régulièrement à 14 ans: ces règles durent 8 jours, sont douloureuses et peu abondantes.

Premiers rapports à 22 ans, 1915, non douloureux.

Deux mois après un avortement provoqué (sonde); douleurs pelviennes vives au cours de cet avortement.

Deux mois après cet avortement et un mois après la reprise des rapports sexuels, apparition d'une première crise douloureuse semblable à l'actuelle. Elle fait un séjour à Tenon avec le diagnostic de salpingite que les circonstances concommitantes retrouvées par l'interrogatoire (pertes jaunâtres abondantes, brûlures à la miction) permettent de rattacher avec vraisemblance à une origine gonoc. Cette crise dure 15 jours environ.

En 1916 (1 an après) une récidive d'une durée de 15 jours.

Après quoi, la malade remarque que ses règles sont de moins en moins abondantes.

En 1918, une troisième crise qui dure 1 mois.

De 1918 à 1924, vagues douleurs pelviennes irrégulières

En mars 1924, une quatrième crise, l'actuelle ayant débuté 10 jours avant le moment où la femme est examinée à l'hôpital.

I. — Examen clinique à l'entrée :

a) Douleurs spontanées dans le bas ventre, vives, irradiées à la région lombaire, aux cuisses, augmentées par les efforts. — Etat nauséeux, constipation, gaz normaux.

b) Etat général précaire. — Fièvre, visage pâle et yeux cernés, asthénie, pouls régulier et bien frappé.

c) Examen local: donne à ce moment peu de renseignements: défense abdominale plus marquée à gauche. Abdomen mobile avec la respiration; douleurs à la palpation plus marquées à gauche qu'à droite.

Toucher difficile: exiguité du vagin; impression d'une masse latéro-utérine gauche, très douloureuse et mal limitée.

Le diagnostic posé est périmétrosalpingite — réaction péritonéale — Traitement: repos, glace, injections tièdes, régime lacté.

II. — Dans les jours qui suivent:

La température revient à la normale avec amélioration de l'état général. Quatre jours après le premier, un nouvel examen est rendu plus facile par l'atténuation des phénomènes douloureux et la diminution de la contracture.

Toucher. — Col utérin petit, dur, en situation normale· exiguité des culs-de-sac qui paraissent ne former qu'une petite rigole circulaire autour du col et dont la profondeur est de 1/2 à 1 cm. alors que sa largeur ne permet pas l'introduction de l'extrémité de l'index. Le cul de sac droit apparaît en outre divisé par une bride vaginale allant de la paroi antérieur du vagin à la paroi postérieure et qui parait mesurer 1 à 2 centimètres. Le corps utérin parait irrégulier avec une dépression médiane au niveau du fond qui arrive à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Masse latéro-utérine

droite irrégulière, douloureuse, du volume d'une mandarine; à gauche une masse latéro-utérine du volume d'une grosse orange et qu'on individualise mieux par le toucher rectal.

Examen au spéculum. — Le fond du vagin se déplisse mal. On découvre un petit col qui affleure à peine; à droite une bride vaginale qui est celle perçue au toucher.

Le diagnostic auquel on s'arrête est : double salpingite volumineuse, gros utérus dur de forme singulière en retroflexion. Bride vaginale d'origine très probablement traumatique (avortement).

L'intervention est pratiquée le 3 avril 1924.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le fond de l'utérus parait double; on trouve à droite une grosse salpingite, à gauche salpingite et ovarite plus volumineuses encore, prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

On décolle et libère assez facilement les annexes droites.

La libération des annexes gauches est très difficile, pendant qu'on la pratique il se rompt une poche contenant du pus vert, épais et d'odeur fécaloïde. Hystérectomie abdominale totale au cours de laquelle on se rend compte qu'il y a deux cols utérins et deux vagins au moins à la partie supérieure. — Hémostase assez difficile.

Tamponnement et drainage par le vagin, péritonisation à l'aide du colon pelvien, fermeture totale de la paroi.

Suites opératoires normales.

Examen de la femme à sa sortie, le 25 avril:

Vagin unique sur une profondeur de deux phalanges, soit 6 à 7 cm., puis une cloison vaginale sagittale, continue, souple, longue de 2 à 3 cm., épaisse de 1 à 2 $^{m}/^{m}$. Cette cloison sépare entièrement deux cavités, chacune admettant un doigt sur une profondeur de une phalange, soit 2 cm 1/2 à 3 cm. 1/2 environ, la cavité droite étant un peu plus spacieuse que la gauche. L'introduction aisée du spéculum montre que cette cloison a bien le même aspect que la bride vue au cours du deuxième examen.

Examen de la pièce:

Ce sont deux utérus accolés jusqu'en haut et légèrement échancrés, séparés par léger sillon mousse. La trompe droite du volume d'un œuf de pigeon, ovaire sclérokystique; à gauche salpingite suppurée ouverte, gros ovaire sclérokystique. La masse utérine est en rétroflexion. — Ligaments et vaisseaux normaux. Les deux cols sont réunis par du tissus très résistant. Entre eux se voit une bride, origine de la cloison vaginale. Ils sont chacun un peu plus petit que ne serait un col normal, mais très bien formés. La réunion des deux fait une masse un peu applatie dans le sens antéropostérieur. Le col gauche est légèrement plus volumineux. Les orifices sont de mullipares. Les deux cavités égales sont très étroites, mais nettes, en forme légèrement de sablier et perméables de bout en bout. La cloison qui les sépare est épaisse et résistante. La paroi externe de l'utérus gauche est un peu plus épaisse que celle correspondante de l'utérus droit. Vers le haut les deux corps utérins divergent légèrement et les deux cavités suivent le même mouvement, celle de droite oblique un peu plus que l'autre. Dans l'ensemble, l'utérus gauche est légèrement plus puissant que le droit.

En somme, deux utérus très nettement et entièrement distincts l'un de l'autre, mais accolés sur presque toute leur hauteur, sans trace de fusion. Vagin cloisonné en haut. Pièce fort rare.

Conclusions

1° L'embryologie nous montre par les différents degrés d'accolement et de fusion des canaux de Müller les types anatomo-pathologiques des utérus didelphes (didelphes complets — pseudo-didelphes — utérus à 2 cornes et col unique — utérus cloisonné — utérus cordiforme).

Elle fait voir à quelle époque de la vie intra-utérine s'est produite la malformation, et par quel mécanisme.

2° Les malformations qui se sont produites dès le début de la vie intra-utérine, s'accompagnent d'autres anomalies incompatibles avec la vie. Elles seront d'autant moins importantes qu'elles seront survenues plus tardivement.

3° La cause agissante est mal connue. Les auteurs en invoquent plusieurs; chacune vraie probablement pour certains cas ne peut s'appliquer à tous. (Interposition d'organes. Bride d'origine allantoïdienne. Péritonite fœtale. Influence des ligaments. Largeur du bassin. Interposition de débris Wolffiens. Torsion des canaux de Müller).

4° Les différentes formes que peuvent prendre anormalement les organes génitaux chez la femme, se retrouvent normalement presque toutes chez les femelles des différentes espèces animales.

5° Le diagnostic clinique est très difficile et les observations montrent qu'il ne fut presque jamais fait.

6° Ces utérus par eux-mêmes n'occasionnent aucun trouble. Mais ils sont sujets à toutes les complications des utérus normaux et le traitement est alors celui de la complication. Ils sont particulièrement exposés à l'hématométrie surtout dans les cas de cornes rudimentaires qui sont très souvent atresiées: le chirurgien devra intervenir sans retard.

Chaque fois que cela sera possible, le chirurgien devra être conservateur et préférer l'hémi-hystérectomie à l'hystérectomie totale.

7° Il sera nécessaire aussi d'intervenir pour de petites opérations lorsque la malformation du vagin ou son imperforation seront un obstacle à la fécondation.

8° Au point de vue obstétrical, les utérus didelphes offrent un grand intérêt. Les grossesses sont possibles et fréquentes, souvent normales avec accouchements faciles; mais on peut avoir quelques accidents et quelques causes de dystocies par l'étroitesse et la direction des cavités, par les cloisons, par la faiblesse du muscle utérin. — L'utérus cordiforme est une cause de présentation de l'épaule.

9° Une grossesse très grave est celle qui se produit dans une corne rudimentaire, borgne ou non. La conclusion en est la mort du fœtus et plus souvent la rupture avec mort de la femme. Le tableau est celui de la grossesse extra-utérine; elle doit être traitée comme telle sans retard.

Vu

Le Président de Thèse:

P. DUVAL.

Vu et PERMIS d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Vu

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

ALARY. — *Soc. anatomique,* 19 juillet 1919.

AMEISS. . . *Amer. journal of obstétrique,* 1896 p. 693

BAR. — *Soc. obs. Paris,* 1902.

BARTH. — *Bulletin soc. anat.* 1854 et 1841.

BASTION. — *Revue médicale de la Suisse romande,* 20 janvier 1909.

BEASSE. — Contribution à l'étude des malformations congénitales de la femme. *Thèse Paris,* 1903.

BÉRARD. — *Bull. Soc. Chir. de Lyon,* janvier 1907. *Lyon médical* 1907.

BISCHOFF. — *Développement de l'homme et des mammifères,* 1893.

BLANCHARD. — Etude sur les utérus didelphes à corps indépendants sans hématomètrie. *Thèse Paris,* 1910.

BLONDET. — De la gestation dans les cornes rudimentaires. *Thèse Paris,* 1921.

BONNAIRE. — *Soc. d'obs. de Paris,* 1902.

BOUFFE de SAINT-BLAISE. — *Soc. obst. et gyn.,* 9 nov. 1900. *Annales de gyn.,* juillet 1906.

BOUSQUET. — Grossesse et accouchement de l'utérus didelphe. *Thèse Montpellier,* 1902.

BRINDEAU. — A propos de deux cas d'utérus septus gravides. *Bull. soc. d'obs. et gyn. Paris,* 1913.

BROCK. — *The lancet;* nov. 1902, p. 1.319.

CASSAN. — Recherches sur les utérus doubles et la superfœtation. *Thèse Paris,* 1828.

Observation d'une duplicité de l'utérus et du vagin, superfœtation. *Arch. gen., Méd. Paris,* 1824.

CHAMPEIL. — Quelques cas de malformations congénitales du vagin. *Thèse Montpellier,* 1919.

CHERON. — *L'obstétrique,* 1897, p. 117.

COHN. — La grossesse et l'utérus bicorne unicervical, *rev. gyn.,* 1909.

CONDORELLI. — Vagin double avec hymen double. *Giorn. ital. della malattie veneree,* 1889.

CRUVEILHIER.— Anat. pathologique. T. 15eme partie. Bull. soc. *anat. de Paris,* 1831.

DAFFIX. — Contribution à l'étude de l'utérus didelphe. *Thèse Toulouse,* 1898.

DAMBRIN et BERNARDBEIG. — Gyn. et obst. *Revue mensuelle,* 1924, n° 3.

DASPRES. — Utérus et vagins doubles : grossesse et accouchement normaux. *Assoc. Française de Chirurgie.* Paris 1910.

DECES. — Utérus et vagins doubles; arrêt de menstruation. *Bull. Soc. anat. Paris,* 1854.

DELPIANO. — Contribution à l'étude des différentes malformations utérines. *Thèse Paris,* 1899.

DEMELIN et DEVRAIGNE. — *Manuel de l'accoucheur.*

DODOZ. — Utérus double unicervical sans hématométrie. *Thèse Bordeaux,* 1920.

DOHRN. — Ueber die Mullerschen Gaenze und die Entwickelung des Utérus. *Marb. Gesellschaft* 1869 n° 3.

DOLERIS. — Considérations opératoires. *Arch. d'obst. et Gyn.* Paris, 1886.

DUBREUIL-CHAMBARDEL. — De la duplicité du canal génital de la femme. *Tours,* 1906. *Revue Médicale de la Suisse romande* 20 sept. 1911.

ERATH JOHN. — Forme rare d'utérus didelphe. *Thèse Genève,* 1910.

FÉRÉ. — *Soc. anat. Paris,* 1876.

FREUND. — *Zeitschrift f. geb. u. gyn.* Bd. I 1877.

FURST. — Ueber die Bildungshemmungen des Uterovaginalkanals Monatschrift für Geburtshülfe Bd xxx 1867.

GAUTHIER. — Utérus didelphe opéré par Hystérectomie totale, *Soc. anat.* Paris 1906.

GEOFROY ST-HILAIRE. — T. I *Anomalie de l'organisation* 1832. Histoire générale et particulière des...

GIBSON. — Hématométrie et Hématocolpos par atrésie du vagin gauche. *Roy. Acad. M. Ireland* Dublin, 1912.

GILIS. — *Précis d'embryologie,* 1851.

GOULLIOUD. — *Annales de Gyn.* 1912. — Traitement des malformations de l'utérus. *Thèse Lyon,* 1911.

GROSS. — *Thèse Naney* 1900. *Annales de Gyn. et obst. Paris* 1904.

GUÉRIN-VALMALE. — De l'évolution de la puerpuéralité dans

l'utérus didelphe in obstétrique 1904. *Bull. Soc. obst. et gyn.* Paris 1913.

GUNSETT-BEITRAGE. — *z. geb. u. gyn. Leipsig* 1900 v. VIII.

GAUTRELET. — *Thèse de Paris,* 1916.

HALBAN. — *Centrabl. f. Gyn.,* 1904 n° 1.

HENDERSON. —*Glasgow med. Journal,* 1887 t. XIX.

HERGOTT. — *Arch. de Tocologie,* 1880.

HIRIGOYEN. — 2 grossesses, 2 présentations du siège. *Revue obst. et gyn.* Paris, 1891.

HIRSH. — Inaug. dissert. *Munich,* 1901.

JOSEPHSON. — *Arch. f. gyn.,* 1901 t. XLIV.

KIDERLEN. — *Thèse* 1884, *Tubingen.*

KRESZ. — *Thèse Paris,* 1842 : recherche sur les cas d'utérus doubles.

KUSSMAUL. — *Von dem Mangel,*[e] *der Werkummerung und der Verdoppelung der Gebärtmutter,* 1859.

KUSTER. — Uterus bipartibus solidus rudimentarius cum vagino solida. *Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd LXVIII.*

LAURENT. — Utérus bicorne-unicervical étude anatano clinique. *Thèse* 1913, *Montpellier.*

LAUTH.— *Répertoire d'anatomie et de physiologie, pathologique* t. V 1[re] partie, 1828.

LE FORT. — Les vices de conformation de l'utérus et du vagin. *Thèse d'agrégation.* Paris, 1863.

LEGUEUX.— Utérus didelphe. *Bul. Soc. d'obst. de Paris,* 1910

LE ROUZIC. — Hématométrie unilatérale dans un utérus bicorne avec vagin simple. *Thèse Paris,* 1902.

LITTRE. — *Mémoire à l'Académie Royale des Sciences,* 1705.

MAGENC. — Contribution à l'étude des utérus didelphes. Thèse *Toulouse,* 1922.

MANOLESCU. — *Thèse de Paris,* 1897.

MEYER. — *Inaug. Dissert. Zurich,* 1883.

MOIROUD. — *Thèse de Lyon,* 1913. *Arch. mens de Gyn. et obst.* Mai 1914, n° 5.

MORESTIN. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie.* Paris, 1910 1[er] nov.

MULLER. — *Bildungsgeschichte der Genitalien. Dusseldorf* 1830.

NEUGEBAUER. — *Arch. f. gyn.,* 1872.

ODIER et CHANTREUIL. — *Gazette des hôpitaux.* Paris, 1866.

OLLIVIER. — *Arch. gén., de Médecine.* Paris, 1825. Compte *rendu de la Soc. de Biol.* 1875.

OLSHAUSEN. — *Arch. f. gyn.* 1870.

OMBREDANNE et MARTIN. — *Revue de gyn. et chirurgie abdominale*, Paris 1903, T. VII.

PAUCHET. — Utérus double enlevé par voie vaginale. *Gaz. des Hôpitaux* 1902, n° 7, 18 janv. — *Gaz. des Hôpitaux* 1903 10 Décembre.

PAVRET DE LA ROCHEFORDIÈRE. — Considérations sur 2 cas d'utérus bicorne. *Thèse Paris* 1894.

PICK. — *Arch. f. gyn.* 1896.

PICOT. — Malformations utérus et vagin au point de vue obstétrical. *Thèse Paris*, 1891.

PIQUAND. — *Revue de gyn. et chir. abdom.* 1910, t. 15.

POMPE DE MEERDERVOORT. — *Arch. de toc. et gyn.* 1895.

POZZI. — *Traité de gynécologie. Paris*, 1905. Origine de *l'hymen. Bull. soc. Biologie*, 1884.

PUECH. — *Atrésie des voies génitales.* Paris, 1864.

RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Soc. anat.* Paris, 1877.

RODRIGUES. — Hymen double, *Rivista médico-légal*, 1895.

ROTHKE. — *Abhandlungen zur Bildung und Entw des Menchen und Thieren*, 1832.

ROKITANSKY. — *Archives f. gen.* 3e série t. VIII. Lehrbuch *der path. anat.* 1859, t. III. *Ueber die Sogenannten Verdoppelungen des Utérus*, 1838.

ROYSTER. — *Amer. Journ. of Surgery* t. XXXI, n° 5 Mai, 1922.

SCHRŒDER. — *Handbuch der Krankeiten der Weiblichen geschlechtsorgane (trad. franc.* 1884-93).

SCHUL. — Utérus et vagins doubles. *Ann. gyn. et obs.* 1894.

SECHEYRON. — *Annales de gyn.* 1885.

STERN-WOLF. — Etude chirurgicale des utérus doubles, *Thèse Paris*, 1910.

STOLTZ. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1860, n° 3.

TARNIER. — Utérus double, *Journal des Sages-femmes, Paris*, 1894 XXII. *Tribune médicale, Paris*, 1895, 2eme s. XXVII.

TARNIER et BUDIN. — *Traité d'accouchement.*

TESTUT. — *Traité d'anatomie* t. IV.

THEYSSEDRE. — *Thèse Paris*, 1892.

THIBAUD. — Des malformations utérines au point de vue clinique. *Thèse Paris*, 1891.

TORKOS. — *Philos. trans.* 1757, p. 311.

TOURNEUX. — *Embryologie humaine* 2e édit. Paris, 1909. L'organe de Rosenmüller et le parovarium chez les mammifères, *Journal de l'anat.* 1888.

TOURNEUX et LEGAY. — Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin. *Journal de l'anat.* 1884.
VAUTRIN. — Hématocolpos latéral dans les cas de duplicité utéro vaginal. *Bull. Soc. obst .et gyn. Paris,* 1912.
VIANNAY et MAURIN. — *Lyon médical* t. VII, n° 51, Mai 1912
VIGNOLI. — *Manuel d'embryologie humaine,* 1923.
VOGT. — *Anatomie comparée,* 1901.

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 11
HISTORIQUE 13
EMBRYOLOGIE 19
ANATOMIE PATHOLOGIQUE 25
Utérus didelphes vrais 27
Utérus pseudo-didelphes 30
Utérus à deux cornes et col unique 36
Utérus cloisonnés 39
Utérus cordiforme 43
Utérus unicorne 44
Types spéciaux d'utérus 44
Anomalies spéciales au vagin 45
CLASSIFICATION 47
PATHOGÉNIE 49
PATHOLOGIE 53
Diagnostic 57
Complications 57
Pronostic 61
Traitement 62
UTÉRUS DIDELPHES ET GROSSESSE 64
Utérus unicorne 67
Utérus à 2 cornes 67
Utérus à 2 loges cloisonnés 68
Utérus plus ou moins cloisonnés 68
Utérus à 2 cols et une loge 69
Utérus à corne rudimentaire 69
OBSERVATION 72
CONCLUSIONS 76
BIBLIOGRAPHIE 78